

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Ana Adler Vainer

**Demanda e Utilização do Acolhimento Noturno em Centro de Atenção
Psicossocial III na Cidade do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2016

Ana Adler Vainer

**Demanda e Utilização do Acolhimento Noturno em Centro de Atenção
Psicossocial III na Cidade do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Pública, Área de concentração Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa

Rio de Janeiro

2016

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

V131d Vainer, Ana Adler
Demanda e utilização do acolhimento noturno em Centro de
Atenção Psicossocial III na cidade do Rio de Janeiro. / Ana
Adler Vainer. -- 2016.
87 f. : tab. ; graf. ; mapas

Orientador: Nilson do Rosário Costa.
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

1. Reforma dos Serviços de Saúde. 2. Serviços de Saúde
Mental. 3. Psiquiatria. 4. Acolhimento. 5. Avaliação de Serviços
de Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.2098153

Ana Adler Vainer

**Demanda e Utilização do Acolhimento Noturno em Centro de Atenção
Psicossocial III na Cidade no Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Pública, Área de concentração Políticas Públicas.

Aprovada em 16 de maio de 2016.

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Maria Tavares Cavalcanti, IPUB/UFRJ

Prof. Dr. Paulo Roberto Fagundes da Silva, ENSP/Fiocruz

Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa, ENSP/Fiocruz

Rio de Janeiro

2016

Dedico aos meus pais, Elisabeth Adler e Mario Vainer

AGRADECIMENTOS

A construção e a conclusão do mestrado não é tarefa fácil. Sem algumas pessoas, não teria sido possível. Agradeço a todos de coração.

Aos usuários do CAPS III João Ferreira da Silva Filho, por seus ensinamentos constantes;

À toda equipe do CAPS III João Ferreira da Silva Filho, por estarmos juntos neste trabalho, por nosso cotidiano de aprendizagem e coragem. À direção do CAPS, um agradecimento especial por ter me possibilitado regressar à equipe e por ter me permitido a realização desta pesquisa. Em especial, à amiga Márcia Bezerra - que sempre sorridente – apoiou-me e nos lidera para prosseguir;

Aos colegas do Instituto Municipal Nise da Silveira, por sua acolhida e compreensão no período do mestrado, em especial a Erika Pontes e Paula Barros;

À minha mãe por seu apoio total. Por sua paciência, disponibilidade carinhosa e generosidade;

Ao meu pai pela força e confiança em mim;

Ao Domingos Savio, meu mestre querido;

Aos meus tios Roberto, Eloisa, Felícia, Eliane e Rosane, por seu incentivo e carinho;

Aos meus amigos queridos, por seu envolvimento na elaboração deste mestrado e pela rede de carinho pela vida a fora: Renato; Marcio; Igor, Diana; Vicente; Sergio; Fabiana, Laura; Mariana; Afí; Isabel; Igor;

À minha prima-irmã, Elisa, que sob o mesmo teto me acompanhou em dias ensolarados e nublados e por nossa afinidade nas reflexões sobre políticas públicas, e revisão do texto;

À Gabriela, *amici*, que foi mais uma vez para dores e delícias, irmã da vida;

Ao Gabriel por sua prontidão em momentos de impasse e na reta final do trabalho;

À Catarina, amiga que esteve presente afetuosamente no percurso do mestrado, desde o projeto à conclusão; por nossa parceria desde a faculdade na saúde mental,

À Melissa, pela seriedade e dedicação com que tomou meu pedido de ajuda, pela paciência, pela afinidade que descobrimos ter e pela nova amizade,

Às companheiras de turma de mestrado na ENSP, por sua força e ótimo convívio;

À Professora Maria Tavares por sua participação carinhosa na banca de qualificação e na defesa, com muita admiração;

Ao Professor Paulo Fagundes por ter aceito o convite de participar da banca de qualificação e defesa e pelo interesse e incentivo nesta pesquisa,

Ao Professor Nilson do Rosário, meu orientador, por sua interlocução de excelência, sugestões e orientação para a realização deste trabalho.

RESUMO

O marco central desta dissertação está baseado na concepção de que o CAPS III e o Acolhimento Noturno são propostas organizacionais estratégicas para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Reconhece-se que a construção de uma rede substitutiva de dispositivos comunitários para a saúde mental no país tem ocorrido de maneira significativa desde os anos 1990: os recursos financeiros antes direcionados majoritariamente para os hospitais psiquiátricos foram revertidos para a implantação dos novos serviços. Apesar de previstos e instituídos pela política como estratégicos, por seu funcionamento 24 horas e existência de leitos para pernoite, é baixa a implantação de CAPS III no país. No Rio de Janeiro/RJ, apesar de sua característica de grande metrópole, a experiência com a gestão do CAPS III é muito incipiente, mas com potencial para expansão. Esta dissertação tem como objetivo analisar o padrão de demanda e utilização do Acolhimento Noturno em um CAPS III da cidade. O estudo foi realizado utilizando uma estratégia combinada de pesquisa: revisão bibliográfica sobre o tema CAPS III e o Acolhimento Noturno, revisão dos marcos normativos do campo da saúde mental e revisão documental de informações administrativas do CAPS III estudado, tais como, planilhas e livros de comunicação interna sobre a utilização do Acolhimento Noturno no ano de 2014. A escolha pelo estudo de caso nesta dissertação terá como foco a descrição da utilização do CAPS III e seu Acolhimento Noturno, podendo fornecer elementos para análise desta prática no cuidado comunitário. Os resultados encontrados demonstram que o Acolhimento Noturno no CAPS III João Ferreira da Silva Filho foi utilizado predominantemente por usuários matriculados, já referenciados ao serviço, por poucas noites, por motivos diversos. A organização do serviço com funcionamento 24 horas e os arranjos institucionais, como o apoio matricial junto à Estratégia de Saúde da Família, contato com a Emergência Psiquiátrica, proximidade com demais CAPS do território, escuta e acolhimento para usuários e familiares, assim como a porta aberta para o Acolhimento Noturno mostraram-se como caminho estratégico para o atendimento de demandas de alta complexidade e a responsabilização pelo cuidado.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Centros de Atenção Psicossocial. Acolhimento Noturno. Avaliação de Serviços de Saúde Mental.

ABSTRACT

The central landmark of this work is based on the idea that the 24 hours Community Mental Health Service and Nocturnal Support are organisational proposals strategic to Brazilian Psychiatric Reform. It is admitted that the construction of a substitutive network of community based mental health facilities and services has been significantly carried out since the 1990's: the financial resources previously mainly directed to psychiatric hospitals have been redirected to the implementation of novel services. Despite being provided and instituted by the policy strategic, for its 24h a day functioning and the existence of beds for overnight accommodation, not many services have been implemented in the country. In Rio de Janeiro/RJ, in spite of its big city characteristics, the experience with management of 24 hours Community Mental Health Service is still in its early stages, but with expansion potential. This dissertation aims to analyse the patterns of use of Nocturnal Support within a 24 hours Community Mental Health Service in the city. The study followed a combined research strategy: literature review about 24 hours Community Mental Health Services III and Nocturnal Accommodation, review of mental health normative documents and documental analysis of administrative information of the studied 24 hours Community Mental Health Service, such as: worksheets and internal communication record books on the utilisation of Nocturnal Accommodation in 2014. The choice for case study in this dissertation will focus on the description of the demand of 24 hours Community Mental Health Service use and its Nocturnal Support, providing elements for the analysis of this procedure in community care. The findings show that Nocturnal Accommodation was predominantly used by enrolled users, already referred to the service, for few nights, for various reasons. The 24h a day functioning and the institutional arrangements, such as: matrix support to Primary Care, contact with the Psychiatric Urgency, proximity to others Community Mental Health Services in the area, listening and welcoming users and relatives, as well as an open door to Nocturnal Accommodation, all showed as strategic paths to handling high complexity demands and taking responsibility for the care.

Keywords: Psychiatric Reform. Community Mental Health Services. Nocturnal Support. Mental Health Services Assessment.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Inversão dos gastos (2002 a 2013).....	41
Gráfico 2 -	Série histórica de expansão de Centros de Atenção Psicossocial (2002 a 2014).....	42
Gráfico 3 -	Evolução do investimento financeiro federal nos CAPS (Brasil, 2002 a 2014).....	48
Gráfico 4 -	Diagnóstico dos usuários que utilizaram o Acolhimento Noturno.....	64
Gráfico 5 -	Número de usuários que utilizou Acolhimento Noturno (janeiro a dezembro de 2014).....	71

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	CAPS por tipo, por UF e por indicador de CAPS/100 mil habitantes (Brasil,dez/2014).....	44
Quadro 2 -	Oferta de leitos de saúde mental em hospitais gerais (Brasil,dez/2014).....	46
Quadro 3 -	Composição da força de trabalho do CAPS III JF.....	57

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Divisão Áreas Programáticas do município do Rio de Janeiro.....	49
Figura 2 – Mapa dos CAPS da cidade do Rio de Janeiro.....	51
Figura 3 – Rede de saúde da AP 3.1.....	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Participação Relativa do CAPS III no Total de CAPS no Brasil (2006-2014).....	45
Tabela 2 - Perfil Etário e Gênero dos Usuários.....	61
Tabela 3 - Vínculos Sociais e Institucionais dos Usuários.....	62
Tabela 4 - Histórico de Internação Psiquiátrica.....	63
Tabela 5 - Relato de Uso de Álcool e Outras Drogas.....	63
Tabela 6 - Perfil de Utilização do Acolhimento Noturno.....	66
Tabela 7- Instância Demandante do Acolhimento Noturno (N=277*).....	67
Tabela 8 - Taxa de Ocupação do Acolhimento Noturno (6 camas disponíveis/ dia).....	72
Tabela 9 - Tempo médio de permanência em Acolhimento Noturno.....	73
Tabela 10 - Duração do Acolhimento Noturno em dias.....	75
Tabela 11 - Desfechos do Acolhimento Noturno.....	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Área Programática
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS Ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS Ad III ..	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas tipo III
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAPS III	Centro de Atenção Psicossocial tipo III
CAPS III JF ...	Centro de Atenção Psicossocial III João Ferreira da Silva Filho
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CF	Clínica da Família
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SAMU	Serviço Móvel de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
SUP	Serviço de Urgência Psiquiátrica
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	UM BALANÇO DA PRODUÇÃO ACADADÊMICA SOBRE ACOLHIMENTO NOTURNO E CAPS III.....	21
3	A EXPERIÊNCIA LOCAL E A ADOÇÃO DOS CAPS III NO BRASIL.....	29
3.1	AS EXPERIÊNCIAS PRECURSORAS NAS CIDADES DE SANTOS E BELO HORIZONTE.....	29
3.2	OS SENTIDOS DA CRISE EM SAÚDE MENTAL E A FUNÇÃO DO CAPS III.....	36
4	A DESENVOLVIMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E A IMPLANTAÇÃO NACIONAL DOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS.....	40
5	CAPS III, TERRITÓRIO E CIDADE.....	49
5.1	O CAPS III JOÃO FERREIRA DA SILVA FILHO.....	52
6	A UTILIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO NOTURNO NO CAPS III JOÃO FERREIRA DA SILVA FILHO: RESULTADOS E DISCUSSÃO..	61
6.1	O PERFIL DOS USUÁRIOS EM ACOLHIMENTO NOTURNO.....	61
6.2	A REFERÊNCIA DE TRATAMENTO NA UTILIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO NOTURNO.....	66
6.3	PADRÃO DE UTILIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO NOTURNO.....	71
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
	REFERÊNCIAS.....	80

1 INTRODUÇÃO

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) teve início na década de 1970 e alcançou status de política pública de estado implantando a agenda de transformação da assistência psiquiátrica no país. O início deste processo é contemporâneo ao movimento da Reforma Sanitária, no contexto da redemocratização política do país, com forte protagonismo de profissionais e usuários dos serviços de saúde. Vivia-se em um cenário de intensa privatização e hospitalização das pessoas com transtornos mentais. O maior emblema do movimento era a superação da violência asilar, propondo o enfrentamento do modelo e da lógica hegemônica do manicômio. A RPB se deu em consonância ao contexto internacional, principalmente com o movimento da Reforma Democrática Italiana e a política de desinstitucionalização (BASAGLIA, 2005; ROTELLI, 2001).

O início das mudanças na assistência em saúde mental no Brasil foi impulsionado por uma série de processos e eventos marcantes. No contexto internacional, em 1990, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) promoveu Conferência Regional com a proposta de reestruturação da assistência psiquiátrica no continente, promulgando diretrizes por meio da Declaração de Caracas. Em linhas gerais, recomendava aos países a superação do hospital psiquiátrico como serviço central para o tratamento das pessoas com transtornos mentais e propunha que, enquanto existissem, estes deveriam se tornar locais de tratamento e não de martírio, como vinham se colocando; propunha também o compromisso pela regulação e ampliação dos direitos das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

No Brasil, a partir de 1991, o Ministério da Saúde (MS) expediu diversas normas alterando o funcionamento e o financiamento para os serviços de saúde mental. Por meio deste mecanismo, pactuou com os demais níveis de gestão do SUS, ações para o processo de mudança, coordenando, no plano federal, a implantação de medidas que já vinham sendo experimentadas em alguns estados e municípios. O processo social intenso pela construção da nova política para a saúde mental também foi fator decisivo e teve momento de maior destaque, em 1994, com a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que contou com a representação de municípios e estados de todo o país e a participação de movimentos sociais. Realizaram pactuações para a reestruturação da assistência por mecanismos previstos na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990).

Na década de 90, medidas foram sendo propostas e conduzidas pelo MS e encaminhadas por instâncias participativas criadas para a construção de consensos para o processo de

trabalho. Realizaram, por exemplo, o cadastramento de todos os serviços de psiquiatria do país e, uma vez que a assistência psiquiátrica era responsável por uma parte significativa no montante dos gastos do SUS, propuseram o acompanhamento sistemático dos estabelecimentos de assistência em psiquiatria. Associaram também a aplicação de sanções financeiras nos casos de descumprimento das regulamentações de funcionamento e, desta maneira, criaram instâncias para efetivação da melhoria na qualidade do serviço ofertado (BRASIL, 2004).

Neste contexto, a experiência de implantação dos primeiros serviços de saúde mental de natureza substitutiva no Brasil foi uma importantíssima fonte de referências para a elaboração de portarias ministeriais que possibilitaram incluir novas modalidades de procedimentos e atendimentos em saúde mental no SUS, além de instituir os CAPS como serviço de referência para o campo. Como estratégia para a viabilização destas mudanças, houve o redirecionamento de recursos financeiros. A destinação de incentivos financeiros federais foi assegurada pelas portarias nº 189/1991 e nº 224/1992 (COSTA *et al*, 2011). Antes delas, a implantação dos primeiros serviços na lógica da atenção psicossocial, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Luiz Cerqueira, por exemplo, foram subsidiados pelos governos locais de Santos e São Paulo, respectivamente.

A portaria nº 189/1991 permitiu que o atendimento do tipo CAPS / NAPS passasse a fazer parte do sistema de financiamento do SUS em nível nacional, contemplando o custeio da assistência de pacientes que demandavam cuidados mais intensivos, atendidos por equipes multiprofissionais, com a finalidade de evitar a internação (COSTA *et al*, 2011). A portaria nº 224/1992 regulamentou o funcionamento e funções dos CAPS / NAPS com o seguinte texto:

unidades de saúde locais/**regionalizadas**, que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por **equipe multiprofissional** [...] podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade local regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar **integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental**. [...] São unidades assistenciais que **podem funcionar 24 horas por dia, durante os sete dias da semana ou durante os cinco dias úteis, das 8:00 às 18:00h, segundo definições do Órgão Gestor Local. Devem contar com os leitos para repouso eventual** (BRASIL, 2004, grifo nosso).

Esta descrição contemplava a organização dos serviços nos moldes dos CAPS, com funcionamento apenas durante o dia, e dos NAPS, com funcionamento 24 horas. Ao gestor local ficava a atribuição sobre a opção assistencial a ser realizada, de acordo com a organização de sua rede local e projeto político para a saúde mental das cidades.

A portaria definiu também o quantitativo de equipe básica de profissionais e novos procedimentos para os atendimentos realizados: atendimento ambulatorial – medicamentoso, psicoterapia e orientação, atendimento em grupo, visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias e provisão de alimentação.

Posteriormente, já transcorrido significativo processo de mudanças na política de saúde mental, o MS com a intenção de aprofundar a expansão dos CAPS, instituiu a portaria nº 336/2002, que atualizou a nº 224/1992, retirando a sigla NAPS/CAPS, padronizando os Centros de Atenção Psicossocial e suas tipologias – CAPS I, CAPS II e CAPS III e criando serviços específicos para a área de álcool e drogas, o CAPS Ad, e para a infância e adolescência, o CAPS i.

Na perspectiva da reorganização da assistência, um ano antes da portaria nº 336/2002, a Lei nº 10.216 de 2001 foi promulgada após longo período de tramitação no Congresso Nacional. A Lei, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Paulo Delgado, reiterou em seu artigo quarto que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes” (BRASIL, 2004). A construção desta rede substitutiva, funcionando em uma lógica não mais centrada na internação nos hospitais psiquiátricos, teve nos CAPS seu dispositivo estratégico para sua efetivação. Os CAPS foram adotados como padrão em todo o território nacional, conforme a política preconizada pelo MS, tendo sido definidos como:

um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. (...) O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004, p. 13).

Através da portaria nº 336/2002 houve ainda a formalização dos CAPS e de seu lugar como ordenador da demanda de saúde mental da população, deslocando do hospital psiquiátrico a recepção e encaminhamento da demanda de tratamento. Desta maneira, seguindo a lógica da regionalização, a portaria reorganizou a porta de entrada do sistema para que o acesso fosse direcionado a fim de evitar as internações com a utilização dos novos serviços. Os CAPS deveriam ainda supervisionar as unidades hospitalares psiquiátricas e capacitar as equipes de atenção básica.

Para esta reorganização, os CAPS foram definidos por tipos segundo porte, abrangência populacional e horário de funcionamento. Conforme a portaria nº 336/2002, os CAPS I foram destinados aos municípios com população acima de 20.000 habitantes, com funcionamento de 8 às 18 horas, de segunda à sexta-feira; os CAPS II, aos municípios com população acima de 70.000 habitantes, com funcionamento de 8 às 18 horas, de segunda à sexta-feira, podendo funcionar até às 21hs; os CAPS III, por sua vez, deveriam ser implementados nos municípios com população acima de 200.000 habitantes, com funcionamento de 24 horas, diariamente, inclusive feriados e finais de semana. Os CAPS I foram destinados ao atendimento da clientela infanto-juvenil, em municípios com população acima de 150.000 habitantes e os CAPS Ad, destinados aos pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, nos municípios com população acima de 70.000 habitantes.

Ainda que a portaria nº 336/2002 tenha estabelecido as diferentes modalidades de CAPS, esperava-se que todos os serviços cumprissem a mesma função no atendimento à clientela em saúde mental. Deveriam atender, prioritariamente, pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, constituindo-se como serviço de atenção diária que funcionasse em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, conforme necessidade de cuidados, e segundo a lógica do território. O CAPS, portanto, foi instituído com dois objetivos principais junto à população: acompanhar em tratamento os casos com transtornos severos e persistentes da sua área de abrangência e promover sua inserção na comunidade. No acompanhamento dos casos, o CAPS deveria evitar as internações psiquiátricas, e para isso, deveria construir ambientes continentais, compondo com uma rede de serviços uma estrutura para fazê-lo. Desta forma, o CAPS realizaria o trabalho de reabilitação psicossocial e o de acolhimento às crises.

Mais recentemente, a portaria nº 3088/2011 introduziu novas modalidades de serviços para a rede de saúde mental, com destaque para o CAPS Álcool e Drogas do tipo III (CAPS Ad III) e instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com a proposta de diversificar e articular os locais de cuidado em saúde mental (BRASIL, 2011).

Os CAPS III foram definidos então, como um serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com sua maior característica a de funcionar 24 horas, inclusive em feriados e finais de semana. A portaria propõe ainda o número de 05 (cinco) leitos, indicando que a permanência de um mesmo paciente em Acolhimento Noturno ficaria limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

A equipe mínima preconizada para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, deveria ser composta por: 02 (dois) médicos psiquiatras; 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental; 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 08 (oito) profissionais de nível médio; técnico, e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deveria ser composta por: 03 (três) técnicos /auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço e 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio.

Na portaria nº 336/2002, o termo escolhido para denominar a utilização dos leitos no CAPS III foi o “acolhimento noturno” apesar da utilização de “hospitalidade noturna”, “hospitalidade integral” ou “leito-noite” pelos serviços pioneiros, que já utilizavam este recurso terapêutico antes de sua regulamentação pela portaria. O procedimento Acolhimento Noturno é descrito no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), na portaria nº 854/2012, como:

ação de hospitalidade noturna realizada nos CAPS como recurso do projeto terapêutico singular de usuários já em acompanhamento no serviço, que recorre ao seu afastamento de situações conflituosas e vise ao manejo de situações de crise motivadas por sofrimento decorrente de transtornos mentais - incluídos aqueles por uso de álcool e outras drogas e que envolvem conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares, comunitárias, limites de comunicação e/ou impossibilidades de convivência e que objetive a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário. Não deve exceder o máximo de 14 dias (BRASIL, 2012a).

A definição do procedimento pela RAAS apresentou uma boa indicação sobre a utilização do Acolhimento Noturno. Abordou além da crise decorrente do transtorno mental com foco nos sintomas psiquiátricos, algumas situações presentes no cotidiano da clientela e do CAPS III que poderiam ser critério para a permanência em Acolhimento Noturno. A RAAS inclui os problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, conflitos com as famílias ou comunidade, rupturas relacionais, resgates, redimensionamento de relações interpessoais.

Desenho do Estudo

Vinte cinco anos após a implantação da RPB, esta dissertação tem como objetivo analisar o padrão de demanda e utilização do Acolhimento Noturno em CAPS III na cidade do Rio de Janeiro/RJ. De modo geral, a demanda representa as necessidades de saúde percebidas e transformadas em busca de atendimento (PEREIRA, 2001).

Ao nível do dispositivo de saúde público estudado, a demanda descreve as solicitações de acolhimento recebidas durante o período de um ano segundo a origem interna (própria da equipe do CAPS III) ou de outra fonte externa. A provisão (ou oferta) refere-se ao quantitativo de recursos clínicos e de estrutura (pessoal profissional e técnico e camas) disponibilizado pelo CAPS III durante no período do estudo. O pressuposto é que quando os recursos disponíveis são manejados de modo orientado ao usuário, são asseguradas as condições de acesso a quem demanda. A utilização refere-se, portanto, ao quantitativo de usuários que efetivamente foram acolhidos pelo CAPS III. A avaliação da efetividade no funcionamento da oferta de serviços pode ser demonstrada pelo quantitativo de usuários em relação ao nível de provisão.

Como assinala Castro, cabe chamar atenção que a demanda por serviços de saúde deve ser relativizada porque pode resultar de uma avaliação incompleta da sociedade e do indivíduo sobre a importância dos custos e benefícios de determinado tratamento (CASTRO, 2002). Neste setor, a oferta e a demanda não interagem da maneira convencional: a demanda não é autônoma, e a oferta tem um papel importante na determinação dos níveis de utilização do serviço.

Esta relativização é devida à falta de informações e às incertezas sobre os efeitos da utilização dos serviços de saúde. O serviço pode estabelecer uma relação de gestor da demanda do paciente, indicando intensidade e duração do tratamento, já que o usuário ou a família pode ter ou não condições de julgar a melhor alternativa, seja antes ou depois do uso. E, quando o serviço atua como agente do demandante, pode ocorrer um nível de consumo diferente. Em resumo, o papel desempenhado pelo prestador de serviços de saúde torna difícil, na maioria das situações, a separação entre a oferta e a demanda (CASTRO, 2002).

Atenta a estas questões conceituais, a dissertação descreve as características da utilização do Acolhimento Noturno por meio de indicadores de atividade - frequência de atendimento e de ocupação das camas - e produtividade da capacidade instalada como taxa de ocupação (PEREIRA, 2001). O estudo do Acolhimento Noturno tem, assim, como objetivo demonstrar e analisar o perfil e origem da demanda psiquiátrica e a condição utilização do

CAPS III.

A pesquisa que compõe esta dissertação se caracteriza também como um estudo de caso. O estudo de caso é um tipo de desenho onde o pesquisador pretende compreender a realidade estudada, dentro de um contexto específico. Yin (2010) coloca que o estudo de caso é amplamente utilizado nos campos das ciências políticas e administração pública; sociologia e psicologia comunitária; estudos organizacionais; pesquisas de planejamento regional e municipal como estudos de plantas, bairros e instituições públicas (idem, p.20).

Maior característica do estudo de caso, a descrição tem função central em sua estrutura, no entanto, o estudo de caso possui um alcance analítico, que pretende interrogar a situação observada, confrontando-a com outras situações semelhantes e com teorias existentes. Deste modo, contribui para gerar novas questões e novas teorias para pesquisas futuras. A investigação de estudo de caso lida ainda com “uma situação tecnicamente única, baseia-se em várias fontes de evidências, e beneficia-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e a análise de dados” (idem, p.23).

Minayo (2014) também considera a relevância desta abordagem metodológica e aponta que o estudo de caso pode:

mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão. E é útil para gerar conhecimento sobre características significativas de eventos vivenciados, tais como intervenções e processos de mudança. Assemelham-se a focalização sobre um experimento que se busca compreender por meio de entrevistas, observações, uso de banco de dados e documentos (p.164).

Ainda segundo a autora, esta modalidade de estudo permite alcançar a compreensão de estruturas relacionadas a um determinado evento ou fenômeno de um grupo específico; realiza o exame detalhado de processos organizacionais além de esclarecer que fatores interferem em alguns processos e define modelos de análise que possam ser replicados em situações semelhantes (idem, ibidem).

Pesquisadores internacionais apontam a utilização de estudos de casos como uma possibilidade metodológica para a pesquisa “na vida real”, considerando a importância de acompanhar a implantação e os efeitos das ações em saúde mental no mundo, com ênfase em três dimensões fundamentais: a qualidade da assistência em termos de impacto sobre seus resultados para os pacientes, a acessibilidade do cuidado oferecido e o custo da prestação do cuidado (SILVA, COHEN & PATEL, 2014).

O estudo foi realizado utilizando uma estratégia combinada de pesquisa: revisão bibliográfica sobre o tema CAPS III na RPB, revisão dos marcos normativos do campo da saúde

mental e revisão documental de informações administrativas do CAPS III estudado, tais como, planilhas e livros de comunicação interna sobre a utilização do Acolhimento Noturno em 2014.

A escolha pelo estudo de caso nesta dissertação terá como foco a descrição da demanda de utilização do CAPS III e seu Acolhimento Noturno, podendo fornecer elementos para análise desta prática no cuidado comunitário. Desta forma, será realizada a contextualização do CAPS III e o levantamento e sistematização das informações sobre o Acolhimento Noturno.

A opção pelo campo da pesquisa no CAPS III João Ferreira da Silva Filho (CAPS III JF) se deu em função da experiência de trabalho da pesquisadora, como integrante da equipe deste serviço desde sua implantação, e pela importância em sistematizar informações e produzir conhecimento sobre os efeitos da criação desta modalidade de serviço, até então inédita na cidade.

A revisão da produção intelectual sobre CAPS III e do Acolhimento Noturno foi realizada através da busca sistemática sobre os temas nas bases de dados bibliográficas. O percurso da busca teve início na Plataforma BVS com o descritor “Acolhimento Noturno”. Nesta etapa, foram encontradas duas referências bibliográficas. Em sequência, foi realizada busca na base Scielo, para o mesmo descritor, assim como para “hospitalidade noturna” e nenhum resultado foi obtido para nenhum dos dois descritores. Tomou-se a decisão de ampliar a busca para o descritor “CAPS III” e “Centro de Atenção Psicossocial III” nas Plataformas BVS, Scielo e no Google Acadêmico. Não foi estabelecido período para janela de busca, mas as produções localizadas datam de 2003 a 2015, o número total da produção teórica encontrada a partir dos descritores nos três sítios foi de 18.

A pesquisa de campo foi centrada na consulta aos consolidados mensais sobre os Acolhimentos Noturnos no CAPS III, registro este realizado pelo próprio serviço e monitorado pela gestão municipal. Este consolidado continha a relação nominal dos usuários acolhidos, idade, informação quanto à realização de tratamento prévio no CAPS III, data do primeiro atendimento no CAPS, data de entrada, data de saída e desfecho do Acolhimento Noturno.

Com a listagem preliminar foi elaborado um Formulário de Coleta (Anexo A), roteiro para consulta aos livros de comunicação da equipe. Este roteiro visava coletar: 1) dados sócio-demográficos e de tratamento da clientela (data de nascimento, bairro, condição de moradia, diagnóstico, local de tratamento, ocorrência de internação em hospital psiquiátrico, utilização de álcool ou drogas) e 2) informações sobre a utilização do Acolhimento Noturno (motivo, solicitante, permanência em número de dias e desfecho). Optou-se por apresentar os dados

levantados na pesquisa em três blocos descritivos, divididos em características demográficas da clientela; referência e solicitação do Acolhimento Noturno na rede e padrão de utilização e provisão do Acolhimento Noturno no CAPS III JF. A análise do padrão de provisão teve com base: 1) taxa de ocupação, utilizando o número de pacientes, o número de camas e os dias do mês em 2014; 2) o tempo médio de permanência com base o número de usuários-noite em 2014.

Os aspectos éticos envolvidos na pesquisa correspondem aos indicados na Resolução nº 466 de dezembro de 2012. Em maio de 2015, o projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da ENSP/ FIOCRUZ. O parecer consubstanciado foi aprovado em 20 de outubro de 2015, sob nº 1.287.443. Posteriormente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro em 26 de novembro 2015. Foi assinado Termo de Compromisso de Utilização de Dados, uma vez que informações obtidas através da análise de documentos internos do serviço foram utilizadas. Também foi solicitada a autorização prévia por parte do CAPS III através de Termo de Autorização.

O trabalho resultou na seguinte estrutura: Capítulo 1, revisão da produção acadêmica sobre CAPS III e Acolhimento Noturno; Capítulo 2, apresentação e reflexão sobre os primeiros serviços de caráter substitutivo com funcionamento 24 horas, especificamente os NAPS de Santos e sua inspiração italiana, assim como da cidade Belo Horizonte, como exemplos bem sucedidos de organização da assistência em saúde mental; complementarmente, breve discussão sobre a visão de crise que advêm da implantação dos NAPS e CAPSIII; Capítulo 3, apresentação do panorama de implantação dos CAPS na política de saúde mental no Brasil, com foco nos CAPS III; Capítulo 4 descrição do contexto do Rio de Janeiro como cenário de pesquisa, assim como do CAPS III JF; no Capítulo 5 serão apresentados os resultados e a discussão quanto ao funcionamento do CAPS III estudado, com a análise do seu Acolhimento Noturno.

2 UM BALANÇO DA PRODUÇÃO ACADADÊMICA SOBRE ACOLHIMENTO NOTURNO E CAPS III

A escassa produção sobre o CAPS III especificamente, pode ser reflexo da sua baixa implantação como modalidade de serviço. Na busca realizada, observa-se, além disso, que a maioria dos estudos realizados, adotou como tema aspectos do trabalho do CAPS III que não o funcionamento 24 horas do serviço, a atenção à crise ou o acolhimento noturno em seu conteúdo. A função estratégica, de substituição às internações, do Acolhimento Noturno e do CAPS III parece pouco enfatizada na totalidade dos artigos localizados e desta forma contribuem pouco para a adoção dos CAPS III como estratégia política para a RPB.

Sobre as abordagens metodológicas utilizadas, as pesquisas são em grande maioria qualitativas e a perspectiva dos trabalhadores quase sempre privilegiada para a realização dos estudos. As referências à Reforma Democrática Italiana e aos NAPS de Santos são frequentemente mencionadas. Os temas mais discutidos são os processos de implantação dos CAPS III na rede de saúde mental, o território e o processo de trabalho das equipes. A discussão sobre o acolhimento noturno e sobre o acolhimento à crise é tratada de maneira incipiente.

Outro fato a ser destacado é que a maioria dos artigos encontrados são pesquisas realizadas no Estado de São Paulo (GONZAGA & NAKAMURA, 2015, FIGUEIREDO, SANTOS & WELLER, 2013, CAMPOS *et al*, 2013; LEÃO & BARROS, 2012, CAMPOS & BACCARI, 2011, MORORÓ, COLVERO & MACHADO, 2011, MONDONI & COSTA-ROSA, 2010, OKAZAKI *et al*, 2010, MIRANDA & CAMPOS, 2010, CAMPOS *et al*, 2009, KIRSCHBAUM, 2009, FIGUEIREDO, 2007, ABUHAB *et al*, 2005, NICÁCIO & CAMPOS, 2004, ANDREOLI *et al*, 2004). Além da cidade de Campinas, os artigos abordaram as cidades de São Paulo, Santos e Santo André, reflexo da maior presença dos CAPS III e NAPS neste Estado. Também foram localizados trabalhos sobre os serviços III em Alegrete/RS (WILLRICH *et al*, 2013), Cascavel/ PR (SCHÜLHI, WADMAN & SALES, 2010), Belo Horizonte/ MG (SOUZA, 2008, BARROS, 2010), Rio de Janeiro/ RJ, (MINOZZO & COSTA, 2013a, MINOZZO & COSTA, 2013b), Campina Grande/ RN (GONZAGA, 2015, AVELINO *et al*, 2013), Fortaleza/ CE (JORGE *et al*, 2011, GARCIA & JORGE, 2006) e Aracaju/SE (JARDIM, 2014, VASCONCELOS, OLIVEIRA & MACHADO, 2013, LIMA *et al*, 2012).

Campos e colaboradores (2009) apresentam a rede de CAPS em Campinas, que também se destaca por seu pioneirismo na implantação de seis CAPS III, e por sua eficácia na

continência aos usuários e familiares no momento da crise e também na reabilitação psicossocial. A cidade de Campinas/SP organizou-se apenas com CAPS do tipo III, em experiência modelar para a organização da rede de saúde mental. Os autores enfatizam positivamente a permanência do usuário com a mesma equipe de cuidados nos momentos de crise, fato permitido pela existência de leitos nos CAPS III, sendo um importante diferencial em relação ao modelo hospitalar. Os autores também problematizaram a baixa produção acadêmica sobre CAPS III no Brasil, justificada pela baixa instalação dos CAPS III e defendem que esta modalidade de serviço pode assumir o tratamento das crises, longe do hospital psiquiátrico.

Os artigos “Uma análise complementar do perfil dos CAPS III do município de Campinas”, de Figueiredo, Santos e Weller (2013) e “Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil”, de Andreoli e colaboradores (2004) foram as únicas fontes de dados descritivos de natureza quantitativa encontradas.

O primeiro deles, sobre a rede de CAPS III de Campinas, apresenta dados sobre o perfil dos usuários, frequência aos serviços e uso de medicamentos, além de caracterizar o processo de trabalho dos CAPS III quanto à utilização dos leitos-noite como recurso terapêutico. Os seis CAPS III de Campinas apresentaram realidades distintas, conforme sua história de implantação, localização e gestão. Os CAPS III estudados tinham entre 321 e 216 usuários matriculados, com média de 261 no mês de referência do levantamento. Figueiredo, Santos e Weller (2013) não registraram a taxa de permanência em leito-noite em Campinas, no entanto o percentual de usuários que utilizaram este recurso dentro do total de matriculados nos CAPS III variou de 2 a 17 % entre os serviços.

O perfil diagnóstico da clientela foi apresentado nos dois artigos e mostraram dados bem próximos, confirmando a missão do CAPS para acompanhamento dos casos graves e persistentes de transtorno mental. A clientela atendida pelos CAPS III era de aproximadamente 60% de usuários com Esquizofrenia ou outro quadro psicótico grave.

O artigo de Andreoli (2004) não registra também o número de Acolhimentos Noturnos, deve-se nas modalidades de atenção que ocorrem nos CAPSIII de Santos. A hospitalidade noturna ou hospitalidade integral, termos utilizados para designar o acolhimento noturno, foi utilizada entre 4 a 8 % dos usuários matriculados dos cinco CAPS III de Santos. Um dos dados presente na pesquisa da cidade de Santos, sobre a situação de moradia dos usuários do CAPS, mostrou que a maioria vivia com familiares, parentes ou amigos. Apenas 10 %, aproximadamente, viviam sozinhos, além dos que viviam em Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), abrigos e ainda, os que não tinham residência fixa. Cabe destacar apenas que,

nestes dois estudos, houve o levantamento do perfil dos usuários dos CAPS III como um todo, sem destaque para o grupo específico dos usuários que utilizou o Acolhimento Noturno.

A configuração de redes exclusivamente compostas por CAPS III representa uma pequena parcela no cenário nacional. Mondoni e Costa-Rosa (2010), em pesquisa sobre a implantação da Reforma Psiquiátrica no interior do Estado de São Paulo, depararam-se com uma rede que apesar dos municípios terem porte populacional indicado para implantação de CAPS III, encontraram os três níveis institucionais de CAPS, em uma rede que denominaram de ‘rede híbrida’ em sua composição, com a presença de todas as modalidades de CAPS. Segundo apuraram, nos municípios onde os CAPS III estão presentes, a utilização dos hospitais psiquiátricos era percebida como indesejada e preterida ao máximo. Enfatizam o aspecto das equipes mais numerosas nos CAPS III e a integração da assistência com uma intensa exteriorização e territorialização da instituição, no sentido da ampliação e complexificação de suas variadas relações.

Sobre o processo de trabalho nos CAPS III, ainda na pesquisa de Campos e colaboradores (2009), tem no técnico e/ou na equipe de referência um dos aspectos de maior importância na organização dos serviços, assim como a construção de projetos terapêuticos, tema também presente nos estudos de Miranda e Campos (2010) e Figueiredo (2007). A proposta do cuidado singularizado como aspecto central para o cotidiano do trabalho nos CAPS III também foi proposto por Vasconcelos, Machado e Oliveira (2013), de Sergipe. A presença dos CAPS III motiva a construção de uma “clínica antimanicomial”, segundo os autores, que propõem a utilização do Acompanhamento Terapêutico como estratégia de desinstitucionalização das práticas para os novos serviços, com ênfase no cuidado individualizado e no contexto da cidade.

O processo de conversão de um CAPS II em CAPS III, planejamento possível para qualificação da rede de saúde mental, foi pesquisado por Okazaki e colaboradores (2010), a partir das expectativas de profissionais de um CAPS II em transição, na cidade de São Paulo. Consideraram que a implantação de um serviço com Acolhimento Noturno representa mais um recurso no arsenal terapêutico para o tratamento de pessoas portadoras de transtorno mental grave e persistente, por permitir a continuidade do cuidado. Entre os pontos positivos da mudança, a equipe destacou: 1) a possibilidade de evitar a perda da autonomia e o vínculo familiar dos usuários gerados pelas internações de longo prazo, 2) a importância de cuidar em liberdade e tratar o cidadão no local onde mora, de forma integral, 3) a oportunidade qualificar a assistência já oferecida nos CAPS, com internações curtas e, 4) a possibilidade de prescindir do hospital psiquiátrico. Os pontos negativos deste processo estavam associados aos

medos, tais como: 1) não ter recursos humanos suficientes para a demanda das crises e, 2) falhar na articulação com os demais serviços da rede para dar suporte aos casos.

Foram localizadas nos estudos referências a impasses e desafios para a qualificação do cuidado nos CAPS III, cabe elencar a ocorrência de alguns pontos: a dificuldade da cooperação com familiares, a interligação com a rede de saúde, o quantitativo da equipe, a estrutura física do CAPS III, a responsabilização pelas situações de crise, principalmente de noite e nos fins de semana, a comunicação entre equipe do dia e da noite e as controvérsias sobre critérios para a liberação de pacientes em Acolhimento Noturno. Apenas um artigo apontou a instabilidade dos vínculos empregatícios como dificuldade vivenciada pelos profissionais, no CAPS III de Campina Grande, Rio Grande do Norte (GONZAGA, 2015).

Sobre a equipe técnica e seu funcionamento, é bastante presente a discussão sobre a divisão do trabalho entre período de dia e de noite. Mororó e colaboradores (2011) discutiram a divisão entre equipe noturna e diurna e a falta de espaços sistemáticos de conversa, principalmente nos casos onde o Acolhimento Noturno é utilizado. A grande participação de profissionais de nível médio nos CAPS III também apareceu na discussão sobre o trabalho dos CAPS III (KIRSCHBAUM, 2009, CAMPOS & BACCARI, 2011, SOUZA, 2008). Apesar de bastante frequente nos artigos sobre o CAPS III, este aspecto organizacional do serviço, não é discutido de maneira a incluir em sua reflexão o fato deste desenho de equipe muito se assemelhar a estrutura das equipes dos hospitais, com maior concentração de profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem e possíveis efeitos desta organização.

Ainda sobre as dificuldades encontradas no CAPS III, o acolhimento em leito-noite para usuários novos, sem contato prévio com a unidade, e o estabelecimento de parcerias com outros serviços, foi apontado como as mais frequentes no estudo de Campos e colaboradores (2009). A redução das equipes noturnas desponta como problema e fonte de estresse para os trabalhadores. A necessidade de formação permanente para os profissionais também está entre os principais desafios enfrentados por esses serviços. (CAMPOS *et al*, 2013, CAMPOS *et al*, 2009, FIGUEIREDO, 2007).

A retaguarda de outros serviços da rede de saúde, como a presença de carro para visitas domiciliares ou acompanhamentos no território, assim como a relação com leitos de retaguarda, em outros CAPS III, Hospitais Gerais ou Emergências, apareceram como importantes para o bom funcionamento do CAPS III (SOUZA, 2008). Entretanto, Figueiredo (2007) utiliza a palavra informalidade para descrever a relação do CAPS III com outros serviços. Curiosamente, a imprevisibilidade do cotidiano do CAPS III também foi destacada como fator estressor da equipe estudada.

Gonzaga e Nakamura (2015) discutiram os encaminhamentos realizados aos CAPS III de Santos por outros serviços de saúde, na visão dos profissionais dos cinco CAPS III da cidade. Segundo o estudo, os encaminhamentos aos CAPS III, eram realizados de modo equivocado e “indevido”, com poucos dados e sem critérios específicos. Para eles, tais encaminhamentos, por profissionais de outros serviços, são decorrentes da falta de escuta; da pressa em encaminhar o paciente; do desconhecimento do que seja o CAPS III; o que acarretava uma demanda excessiva ou “voraz” para os CAPS III, sobrecarregando o serviço e impedindo que os profissionais pudessem se dedicar aos pacientes graves, prioritários nesses serviços. Segundo concluíram, observou-se uma contradição entre o discurso dos entrevistados e sua prática, pois as novas demandas, de casos leves, são em sua maioria atendidas no CAPS III. Ao se referirem aos CAPS III como um espaço de acolhimento, que oferece proteção e segurança, os trabalhadores indicaram que lidam em suas práticas com essa inversão na prioridade de demanda. O estudo não fornece a proporção numérica dos casos leves em relação aos casos de psicóticos ou graves e não mencionam a utilização do Acolhimento Noturno.

O apoio matricial realizado pelos CAPS III junto à Estratégia de Saúde da Família (ESF) pôde ser incluído na discussão sobre o CAPS III e o território. Minozzo e Costa (2013a, 2013b) escreveram os dois únicos artigos referentes ao CAPS III na cidade do Rio de Janeiro, descrevendo o início do processo de matriciamento com equipes da ESF e o CAPS III Maria do Socorro, na Rocinha, com ênfase nas situações de crise. Como resultados reconheceram a coexistência dos modos asilar e psicossocial nas práticas da ESF. Sobre o modo psicossocial, identificou-se a valorização do vínculo entre profissionais e pacientes, e a escuta e a troca de práticas que contemplam a compreensão do contexto em que as pessoas estão inseridas, além do reconhecimento do papel do CAPS III para acolhimento e apoio para as situações de maior gravidade. Entretanto, também foram identificadas concepções vinculadas ao modo asilar, com práticas que incentivam a hospitalização, a falta de contratualização com usuários e familiares e a dependência do saber médico e do medicamento.

O território, serviço comunitário e projeto terapêutico foram usados para a análise, segundo a ótica de trabalhadores e usuários, da atuação dos CAPS III em pesquisa de Leão e Barros (2012). Sua visão é que a intervenção do trabalho do CAPS III deve acontecer junto ao contexto de vida dos usuários, buscando explorar os recursos existentes para a viabilização dos projetos terapêuticos, os quais devem possibilitar transformações concretas no cotidiano dos usuários. Constataram que a equipe do CAPS III reconhece que as ações no território dão significado para o cotidiano do serviço e nisso reside a importância de tais intervenções, diferenciando assim os serviços de base comunitária e territorial dos hospitais psiquiátricos.

O estudo de Willrich *et al* (2013), ainda que em uma rede composta por CAPS II, discutiu a atenção à crise no território pelos profissionais e elencou alguns eixos prioritários para o trabalho, sendo eles: 1) responsabilização pelo cuidado da crise no território; 2) o CAPS como espaço de construção de uma relação de reciprocidade entre usuário e profissional; 3) prevenção das situações de crise e seu agravamento. Apontam que em locais onde não há CAPS III, a articulação em rede é ainda mais importante, diante das situações de crise, exigindo dos profissionais a disponibilidade para cuidar da crise, mesmo fora do CAPS, onde estiverem os usuários. Consideram fundamental a porta aberta, que significa não apenas permitir a entrada e a permanência, mas sim o acolhimento: *“Trata-se de acolher o sofrimento psíquico sem pretextos para a recusa ou a imposição de condições à hospitalidade, o que, por sua vez, desencadeia o vínculo e a responsabilização pelo cuidado”* (p.7).

A tese de Jardim (2014) analisou o processo de Atenção à Pessoa em Crise realizada em um CAPS III da cidade de Aracaju. Tendo em vista a organização da RAPS da cidade, se dedicou a estudar o conceito de Atenção à Pessoa em Crise e o caráter substitutivo dos CAPS III através de sua atuação. Os três eixos de análise escolhidos pela autora foram cuidado, território e responsabilização, que segundo avalia, servem para guiar a construção das intervenções durante as crises.

A possibilidade de avaliar o caráter substitutivo do CAPS III em Aracaju se deu, em parte, pela composição da rede de saúde mental que conta com quatro CAPS III, sendo um deles CAPS Ad III, um CAPS II e um CAPS I. Além dos CAPS III a autora destacou a articulação com a Urgência Mental do Hospital São José, o SAMU e a Rede de Atenção Primária. Em Aracaju há uma intercessão entre a Rede de Atenção às Urgências (RAU) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que juntos garantem o funcionamento dos serviços de urgência psiquiátrica 24 horas. A autora avaliou que a criação de redes é uma das chaves para cuidar em liberdade.

Fazer alianças entre os serviços ainda é a melhor forma de garantir o cuidado em liberdade, diz que *“fortalecendo também a relação com as famílias, a vizinhança, os companheiros dos usuários, trazendo-os para dentro do CAPS, fazendo do espaço um local acolhedor para todos”* (idem, p.143). Fala da importância dos profissionais conhecerem pessoalmente os demais atores da rede, para que no momento da crise o risco da interrupção do fluxo de trabalho seja menor.

Sobre o caráter substitutivo ao hospital psiquiátrico, enfatizou que além da organização da rede, é necessário desconstruir de maneira crítica o estabelecimento dos CAPS como serviços intermediários, entre o ambulatório e a internação psiquiátrica. Recorre a Dell’Aqua

e Mezinna (1988) para opor a centralidade do manicômio à centralidade do território, na qual o serviço 24 horas irá operar todo o cuidado necessário para acolher às situações de crise sem o hospital psiquiátrico.

A autora se apóia principalmente na Reforma Democrática Italiana, pela via da desinstitucionalização, para construção do conceito de Atenção à Pessoa em Crise que opõe ao de “urgência psiquiátrica”. A Atenção à Pessoa em Crise coloca a pessoa no centro da intervenção e considera a realidade da vida de quem está em crise, vendo no CAPS III a possibilidade de fazê-lo. Estuda as experiências nacionais de Santos e Belo Horizonte, com os NAPS e CERSAM, onde aponta para a continuidade do cuidado como chave para acolher a crise. No CAPS III é possível ofertar um lugar de cuidado onde se pode responder as situações, mesmo que se mostrem demasiado urgentes, sem deixar de fora fatores importantes da vida da pessoa. Jardim (2014) pondera que contextualizar a crise é mais importante que definir um diagnóstico.

Jardim (idem) problematizou ainda, a partir de entrevistas com profissionais e usuários, questões sobre a agressividade na crise e os procedimentos de intervenção para estas situações mais especificamente. Relatou que o incômodo crescente diante de uma pessoa em crise é diretamente proporcional à intensidade da agitação psicomotora e das ações entendidas como agressivas. Escreveu sobre a utilização da contenção nos CAPS III e sobre o uso de medicamentos. Em Aracaju criou-se um protocolo para guiar estas situações agudas, não só pelo CAPS III, mas também utilizadas pelo SAMU e pelo serviço de emergência. Fala sobre o protagonismo do médico e da medicação psicotrópica nas ações da Atenção à Pessoa em Crise no CAPS III com ressalvas.

A autora mencionou também o risco de burocratização dos CAPS III no que tange a porta de entrada. Impedimentos de ordem prática e burocrática não permitem que usuários novos ou antigos sejam acolhidos no CAPS a qualquer momento que necessitarem. Para assegurar o pernoite, a pessoa deve ser encaminhada até às 15 horas, isso porque a alimentação que será fornecida ao usuário à noite e pela manhã é preparada por uma empresa terceirizada, que precisa ter o número de pessoas hospedadas para enviar as quentinhas. Além disso, a farmácia fecha às 16 horas e não funciona durante os finais de semana. Sem alimentação e sem medicação se torna inviável acolher alguém.

Jardim (idem) enfocou bastante suas entrevistas sobre a crise e a utilização do acolhimento noturno para estas situações, sobretudo quando a agudização dos sintomas se manifesta com agitação e agressividade. Sugere a inclusão dos usuários e familiares nas decisões e maneiras de organizar o serviço para este acolhimento e para cada caso. Descreveu ainda o

cuidado intensivo realizado pelos CAPS III, antes da utilização do per noite. No cuidado em regime intensivo a pessoa deve ir ao CAPS III todos os dias e permanecer em tempo integral, só voltando para casa à noite. Essa estratégia inclui a participação em várias das atividades e garante a administração da medicação durante o dia, visitas domiciliares, contando com a rede de apoio do usuário para as medicações noturnas. A autora apontou que: “a criação e o reforço do vínculo são vistos como indispensáveis para realizar o cuidado da pessoa em crise em liberdade, porque eles viabilizam a contratualização do usuário junto à equipe” (p.96).

Por fim, a busca bibliográfica identificou uma referência sobre a abordagem metodológica que foi adotada para a análise do Acolhimento Noturno na presente pesquisa. A pesquisa avaliativa em Campinas (CAMPOS et al, 2013) apontou a importância de manter registro sistemático sobre taxa de permanência no leito-noite, com a finalidade de afinar a comunicação sobre a utilização do leito entre toda a equipe, trabalhadores, usuários e gestores, além de clarear os critérios para as permanências. Este aspecto aparece como uma indicação, pois apesar de sua menção não foram localizadas informações sistematizadas em nenhum artigo sobre esta utilização do Acolhimento Noturno no CAPS III.

3 A EXPERIÊNCIA LOCAL E A ADOÇÃO DOS CAPS III NO BRASIL

A criação dos primeiros serviços substitutivos para a saúde mental é um dos pontos frequentemente destacados quando o processo da RPB e seus desenhos organizacionais são colocados em análise (AMARANTES & TORRE, 2001; JARDIM, 2014; LUZIO & L'ABBATE, 2006). Como mencionado, estas experiências são anteriores às portarias ministeriais e forneceram subsídios para a criação das mesmas, por iniciativa dos níveis locais de gestão da saúde. Para este estudo e perspectiva de análise, especificamente interessam os primeiros serviços com características de funcionamento 24 horas. No entanto, cabe recuperar o início do processo como um todo, com a construção do primeiro CAPS e serviços substitutivos que foram estabelecidos em torno de um ideal comum. Pretende-se neste capítulo discutir dois pontos que reunidos contextualizam o CAPS III, os seus antecedentes e a visão sobre a crise nos novos serviços.

3.1 AS EXPERIÊNCIAS PRECURSORAS NAS CIDADES DE SANTOS E BELO HORIZONTE

A implantação do primeiro CAPS do país aconteceu em São Paulo, com a inauguração em 1987 do CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS Itapeva. Goldberg (1996) relata algumas experiências que antecederam ao projeto deste CAPS, em ambulatorios, com investimentos da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e subsídios do Banco Mundial. O projeto original para a saúde mental naquele momento previa a criação, pela gestão estadual de São Paulo, de uma rede de CAPS para a cidade, apontando para os limites do modelo ambulatorial-hospitalar no que tange ao cuidado aos casos de psicose (LUZIO & L'ABBATE, 2006).

O CAPS Itapeva foi organizado para receber pacientes graves, com significativas limitações e incapacidades sociais. O CAPS propunha a ampliação do repertório de intervenções assistenciais com a inclusão de áreas significativas, como o trabalho, a vida familiar e o contexto social (GOLDBERG, 1996). A proposta de tratamento feita pelo CAPS Luiz Cerqueira trazia novidades importantes na concepção da clínica. Propunha diversidade na oferta de cuidado, incluindo a frequência diferenciada no comparecimento ao serviço, com a possibilidade da realização de atividades variadas conduzidas por profissionais de especialidades diferentes (TENÓRIO, 2002). A experiência do CAPS Itapeva adotou a noção de clínica am-

pliada, no sentido de fazê-la amparada por diversos saberes, em contraposição à concepção exclusivamente biomédica.

Goldberg (1996) afirmava que o tratamento dos casos de psicose escapava ao modelo ambulatorial e experimentou-se assim, um modelo institucional que pudesse acolhê-la sem que o tratamento se restringisse à inibição ou retirada do sintoma, concepção da psiquiatria tradicional exercida até então nas instituições. Apesar de sua filiação ao movimento antimaniacomial, suas práticas inovadoras e inspiradoras para um grande número de CAPS que foram criados, a organização do CAPS Itapeva mantinha o funcionamento limitado do serviço de segunda-feira a sexta-feira, durante apenas oito horas por dia, sem se deterem à complexidade do acolhimento 24 horas.

Alguns anos depois, em Santos/SP, fruto do processo de intervenção municipal na Casa de Saúde Anchieta, denunciada por maus tratos e tratamento desumano aos pacientes internados, os NAPS foram criados e fortemente inspirados pela experiência dos Centros de Saúde Mental, na Itália. Como aconteceu na cidade de Trieste, fruto do processo da Reforma Democrática Italiana, os NAPS propunham um modo de operar o cuidado em saúde mental mais diretamente substitutivo ao hospital psiquiátrico, organizado como um equipamento territorializado, articulado a outros serviços de saúde, por 24 horas por dia, com a existência de leitos para acolhimentos e atravessados pela idéia da desinstitucionalização (AMARANTES & TORRE, 2001; NICÁCIO & CAMPOS, 2004).

Após a intervenção na Casa de Saúde foram realizadas ações voltadas para a criação de um ambiente nas dependências do próprio hospital garantindo condições mínimas de permanência, com a reorganização do espaço de modo que a acomodação dos internos nas enfermarias correspondesse às regiões da cidade. Assim, os vários grupos de internos passaram a ter suas equipes de referência, de acordo com seu território de origem, para posteriormente, continuarem vinculados quando fora da instituição. Concomitante às ações dirigidas ao espaço interno da instituição, procurou-se intervir no espaço social da cidade, visando romper a separação hospital/cidade e facilitar intercâmbios entre os internos e a comunidade (LUZIO & L'ABBATE, 2006).

No projeto de Santos, no período de 1989 a 1996, foram criados vários locais para a referência de cuidado para a clientela egressa do hospital e para a população: cinco NAPS, Unidade de Reabilitação Psicossocial (Polo de Trabalho), Centro de Convivência Tam-Tam, Lar Abrigado, Núcleo de Atenção aos Toxicodependentes e o Serviço de Urgência nos Pronto Socorros Municipais que dava retaguarda ao sistema como um todo (Idem). Neste período,

o contexto na cidade de Santos era o de implantação da rede de atenção primária à saúde, estando em processo a própria organização do SUS na região.

A partir desse momento, iniciou-se a construção de novos serviços e de um novo modelo de atenção em saúde mental, conforme a desinstitucionalização preconizava. Rotelli (2001) propunha desinstitucionalizar o paradigma racionalista da psiquiatria, onde a doença mental é seu objeto de ação. O autor, um dos representantes do ideário italiano, colocava que a ênfase não deveria estar mais no processo de “cura”, mas no processo de “invenção de saúde”. No lugar da violência, isolamento e segregação do manicômio, afirmava-se a possibilidade de tratar em liberdade, em serviços abertos e inseridos na cidade. Ainda sobre a desinstitucionalização, Rotelli (idem) destacou que este processo não se restringia a fechar ou reformar o hospital psiquiátrico, mas a realizar uma reavaliação e reforma radical da função social da psiquiatria, de seu *modus operandi* e utilização de seu conhecimento.

Rotelli (idem) chamou atenção para questões importantes sobre a desinstitucionalização apontando para um possível equívoco em processos de reforma psiquiátrica. Apesar da intenção de superar o modelo clássico da psiquiatria e de esforços significativos terem sido colocados em prática, esta proposta teria produzido apenas a reorientação da assistência psiquiátrica, sem conseguir abrir mão do hospital psiquiátrico, tampouco desconstruir a demanda pela função social e política do saber psiquiátrico.

A reorientação das políticas em saúde mental tendentes à desospitalização fez com que aumentasse o número de altas dos hospitais psiquiátricos, contemplando principalmente os pacientes longamente internados. No entanto, sem os mesmos efeitos sob o número de novas internações e reinternações – produzindo o efeito “porta giratória” – pois, ainda que de curta duração, as internações continuaram a ocorrer. Neste modo de organização, os novos serviços territoriais passaram a conviver com a internação, sem substituí-la, produzindo um círculo vicioso, o qual reafirmava a sua necessidade, gerando um novo tipo de cronicidade e serviços de saúde mental trabalhando de modo fragmentado (ROTELLI, 2001). Esta descrição tomou em avaliação processos de reforma psiquiátrica nos Estados Unidos e alguns países da Europa, mas em certa medida sua descrição se aproxima do processo em curso no Brasil.

Na perspectiva de transformação das práticas, Nicácio e Campos (2004) enfatizaram a tomada de responsabilidade, também preconizada pela experiência italiana. Segundo os autores:

a recusa dos diferentes modos de desresponsabilização dos serviços que resultam em abandono ou, ainda, que significam, na prática, a total delegação às famílias e, muitas vezes, o encaminhamento para internação através de outros serviços, colocaram

em cena os desafios da produção de uma atenção 24 horas radicalmente distinta da internação no hospital psiquiátrico (p.7).

Dentre estas responsabilidades, estavam as situações de crise que deveriam ser gerenciadas pelo NAPS, funcionando 24 horas, em parcerias com a rede de saúde e também com a rede de apoio da clientela. A proposta dos NAPS com a noção de tomada de responsabilidade determinava que os serviços se responsabilizassem por toda a demanda de saúde mental de uma área, que acompanhassem e apoiassem os indivíduos em seus percursos de vida nas diversas situações, sem recorrer às internações em hospitais psiquiátricos. Para alcançar este objetivo, a direção de trabalho dos NAPS adotou uma postura de questionamento permanente frente suas práticas clínicas e institucionais. Os autores nomearam como “posição ética” de trabalho não adotar práticas pré-estabelecidas, respostas burocráticas e padronizadas frente às demandas da clientela.

Os NAPS propuseram uma organização local para rede de saúde mental, com a não separação entre ações de prevenção, tratamento e reabilitação. Da mesma maneira que os Centros de Saúde Mental da Itália, os NAPS se propuseram a tratar não apenas às situações de crise, mas delas inclusive, à medida que tinham responsabilidade integral pelo cuidado de saúde mental de uma determinada região. Parte dos efeitos desta referência forte em saúde mental foi a criação de condições para manejar as situações mais agudas, com a participação dos atores do território.

Na experiência santista, segundo relataram, para a construção de uma rede efetivamente substitutiva, era estratégico priorizar e assumir a responsabilidade pelo cuidado global da demanda dos “usuários graves”. A tarefa de responsabilização apontou para a necessidade de “conhecer o percurso da demanda psiquiátrica no território e de elaborar estratégias para garantir a acessibilidade” (NICÁCIO e CAMPOS, 2004, p. 74). O conceito de presa in carico utilizado pelos italianos significa “fazer-se responsável pela saúde mental de uma população de um território determinado, assumir um papel ativo na sua promoção e a responsabilidade pelo cuidado global de uma pessoa recusando as diferentes formas de abandono da demanda” (idem, ibidem).

Para tal, desde o início do processo, para desinstitucionalizar o circuito psiquiátrico era necessário estar presente em todas as demandas por intervenção da psiquiatria, significou ir ao encontro delas, junto aos demais serviços: polícia, serviço de ambulância, serviço de emergência, estar presente no território e manter a “porta aberta” do NAPS, com respostas ágeis frente à diversidade das situações de crise.

Os NAPS atendiam integralmente à demanda de saúde mental de cada área da cidade. Funcionavam ininterruptamente, realizando: ações de hospitalidade integral, diurna ou noturna; atendimentos às situações de crises; atendimento ambulatorial; atendimentos domiciliares; atendimentos grupais; intervenções comunitárias e ações de reabilitação psicossocial (idem, *ibidem*).

A rede de serviços substitutiva, construída em Santos, tinha como propostas:

- 1) respeitar a garantia do usuário ao direito de hospitalidade, bem como sua proteção ou continência, de acordo com sua necessidade; 2) disponibilizar uma rotina institucional ágil e plástica, capaz de responder ao pedido de auxílio do usuário ou dos seus familiares; 3) inserir ações assistenciais no território de origem dos usuários; 4) priorizar os projetos de vida nos serviços assistenciais; 5) promover um contínuo processo de valorização dos usuários, com sua conseqüente reinserção social (KINOSHITA, 1997 apud LUZIO & L'ABBATE, 2006).

Nesse sentido, “direito de hospitalidade” deveria ser entendido como a garantia do indivíduo de ter proteção, suporte, continência, atenção intensiva (NICÁCIO & CAMPOS, 2004). Havia uma grande responsabilidade nesta função, que não poderia ser realizada com a negação dos direitos do usuário, mas tampouco poderia negligenciar cuidados em nome de uma liberdade abstrata e do excesso de risco.

Sobre a “hospitalidade integral” dos NAPS, termo utilizado para descrever o acolhimento noturno ou intensivo, Nicácio e Campos (2004) relataram que as estratégias para operar o cuidado cotidiano necessitavam de flexibilidade e mobilidade, mantendo o contexto da vida do usuário dentro e fora do serviço, com a continuidade, vínculo e a intensidade do acompanhamento pelo NAPS. Para as situações onde havia demanda de cuidados diurnos e noturnos era oferecida a hospitalidade, no formato de leitos aos hóspedes, criando um estatuto diferente daquele de internado. Desta forma, hospitalidade poderia ser definida como a “construção de uma prática centrada nas pessoas” (idem, p. 8), confrontando-se à homogeneização de respostas e ao imobilismo institucional.

Descreveram ainda condutas aparentemente simples, sempre com foco na potencialização dos laços sociais e nas alianças com pessoas da rede relacional dos usuários. Dentre as práticas mais frequentes, destacava-se a possibilidade de acompanhar os usuários em casa para buscar pertences ou para estar na própria casa, sair do NAPS para passear; convidar os familiares para uma conversa; telefonar para propor a visita de um amigo. Cenas presentes na cotidianidade da hospitalidade 24 horas no NAPS não poderiam ser compreendidas como simples eventualidades, na medida em que “revelavam e reafirmavam a necessidade de operar

a hospitalidade no campo processual de possibilidades de escolha, de relações de troca, de contratualidade, de exercício de direitos” (idem, *ibidem*).

A hospitalidade do manicômio representava claramente a falta de alternativas de casa, de dinheiro, de relações de apoio e de recursos para viver. Implicava o reconhecimento de que no hospital existiam pessoas que estariam lá não por motivos médicos, mas por se encontrarem impossibilitadas de retornar à sociedade. A experiência italiana afirmava que a hospitalidade representaria desta forma, uma contradição aberta e requeria da instituição a superação da relação de tutela institucional e para isto impunha “reconhecer no doente um sujeito portador de necessidades e de direitos” (idem, *ibidem*). É possível considerar que a indicação sobre a hospitalidade do manicômio pode ser ampliada para a discussão sobre hospitalidade nos serviços abertos.

A descrição do trabalho nos NAPS, no acolhimento à crise e com a hospitalidade, também apontava para o espaço fora do serviço, onde o trabalho constantemente ultrapassa os limites físicos da instituição. Diferente de pensar a hospitalidade 24 horas como resposta pré-definida a todas às situações de crise, a hospitalidade era um recurso utilizado de maneira singular e contextualizado, definido em relação ao usuário e familiares (idem). A experiência da hospitalidade 24 horas em Santos mostrou-se viável na construção de novas possibilidades para as situações de crise, prescindindo do hospital psiquiátrico. Neste sentido, Rotelli (2001) propunha que a hospitalidade do manicômio deveria ser reconstruída fora dele, com espaços para a permanência diária, cooperativas de trabalho, intervenções domiciliares, etc.

Assim como os NAPS santistas, os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) de Belo Horizonte/ MG também se constituíram como uma experiência exitosa de propostas de substituição da internação em hospitais psiquiátricos em cidades de grande porte. Em 1992, com a eleição da Frente BH Popular, profissionais ligados ao movimento de trabalhadores de saúde mental assumiram lugares estratégicos e de gestão na saúde em Belo Horizonte. Aderentes às diretrizes políticas e princípios do SUS, elaboraram um modelo inaugural para organização da rede. O desenho contemplava diversos dispositivos para oferecer e proporcionar a hospitalidade aos portadores de sofrimento mental na cidade (VASCONCELOS, 2008).

O primeiro CERSAM, inaugurado em 1993, deu início a instalação dos novos serviços na cidade. Souza (2008) relatou que a experiência de reorganização da rede de saúde mental se deu de maneira que um CAPS III se oferecia como suporte para outro sem funcionamento 24 horas, em outra região da cidade. O efeito do leito-noite em CAPS III parceiro não foi o esperado. A rede composta por profissionais e gestores avaliou que a falta permanente de va-

gas nestes serviços e a descontinuidade do cuidado pela equipe de referência foram os maiores problemas. Segundo Souza (idem), muitos profissionais continuavam a ver a internação psiquiátrica como algo normal e no acolhimento dos casos mais graves, a falta de contato prévio com o caso e vínculo, deixava a equipe vulnerável e os usuários queixavam-se do lugar e da equipe que os acolhia. A escassez de trabalhos e intervenções na linha da reinserção social, da participação da família e da comunidade nestas situações também se configurou como ponto problemático para a direção de trabalho que foi inicialmente implantado.

Apesar de todos os esforços, em pouco tempo evidenciou-se a pouca eficácia de tal organização. Depois desta experiência, a cidade de Belo Horizonte reformulou a assistência passando a compor a rede apenas com serviços 24 horas, no total de sete CERSAM, apoio do SAMU para emergências e o Serviço Noturno de Urgência (SUP). A gestão de saúde mental de Belo Horizonte denominou como ‘Projeto Hospitalidade Noturna’ esta nova etapa do trabalho. Sobre o novo projeto, uma das gestoras à época ponderou que:

É estranho falar de hospitalidade atrelada a um tempo ou horário, mas é, [...] apenas um recurso, um modo de dizer de mais um passo na consolidação do projeto de atenção e cuidado, é mais um ponto na tessitura da rede. É Hospitalidade Noturna porque houve um momento em que os serviços da rede só acolhiam os portadores de sofrimento mental durante o dia, oferecendo-lhes cuidados que, embora atendessem parte de suas necessidades e impactassem as interações da cidade, deixavam uma lacuna, um buraco mesmo, no tecido de cuidados; buraco, muitas vezes remendado pela internação psiquiátrica, uma vez que o sofrimento não se orienta pelo relógio. Era evidente a necessidade de avanço, claro estava que a inversão de uma lógica de cuidados não se restringe aos cuidados, apenas sob a luz do dia (VASCONCELOS, 2008, p.131).

A hospitalidade no projeto de Belo Horizonte exigiu este novo conceito, inspirado na formulação do filósofo Jacques Derrida (DERRIDA, 2003 *apud* SOUZA, 2014), segundo o qual a hospitalidade diz respeito ao acolhimento incondicional de um indivíduo. Diante das crises, a posição política e ética dos serviços desempenha um importante papel, pois é inerente a esta concepção que mesmo em crise há um sujeito e não um mero objeto de intervenções.

Esta nova organização estabeleceu desafios pra o cuidado da clientela em situações de persistência ou gravidade das crises acolhidas nos CERSAM, exigindo outras estratégias. O SUP surgiu como retaguarda para o acolhimento noturno aos CERSAM da cidade, realizando os atendimentos de urgência na parte da noite e apoiando os CERSAM:

Há casos muito graves ou nos quais a crise se arrasta durante dias, com o usuário persistindo em risco, em que o SUP entra na composição do Projeto Terapêutico. São situações nas quais se verifica, pela experiência, que ultrapassam a capacidade de intervenção da equipe da hospitalidade ou a equipe local como um todo, esgotou,

momentaneamente, seus recursos de manejo. Este usuário é, então, indicado para pernoitar no SUP por um ou mais dias. O SUP surge, assim, como um terceiro na relação do usuário com o CERSAM, o que possibilita agregar um novo manejo, novas modelagens de continência da crise. Esta manobra ajuda a diluir o desgaste, abre um tempo de compreender, possibilitando a recomposição subjetiva de ambos, usuário e equipe, e a resolução da crise (SOUZA, 2008, p.14).

Formou-se em Belo Horizonte uma rede territorial de responsabilização e de cuidado sem a internação psiquiátrica. Os CERSAM também construíram uma forte rede de serviços, mas integrados com o SUP e com o SAMU, inclusive com sistema de informação compartilhado. A rede conta também com articulação através de equipes saúde mental junto à Atenção Primária e projetos de convivência e geração de renda.

Em Santos e Belo Horizonte, a atenção à crise foi priorizada no desenho das redes de saúde mental, por seu caráter decisivo e estratégico. Muitas vezes a crise é a justificativa para as internações em hospitais psiquiátricos. Sendo assim, a proposta das cidades foi no sentido de a intervenção ser “deslocada do âmbito do hospital psiquiátrico e das urgências clássicas vinculadas a ela para toda a rede de atenção à saúde, os novos serviços da reforma psiquiátrica, o território, a rua e o domicílio” (SOUZA, 2014, p. 191). A transformação dos locais de intervenção das crises é um dos aspectos necessários para que ocorra uma transformação completa do modelo conceitual e da prática em saúde mental.

3.2 OS SENTIDOS DA CRISE EM SAÚDE MENTAL E A FUNÇÃO DO CAPS III

A resposta à crise é um dos analisadores mais importantes dos processos de reforma psiquiátrica, pois busca compreender a “amplitude e capacidade de resposta ao sofrimento mental, num sentido quantitativo e a sua consistência política no que se refere à capacidade de desinstitucionalização” (SOUZA, 2014, p.102). A ausência de resposta à crise e aos casos graves seria um equívoco de percurso onde os dispositivos da reforma acabariam “sem vida e impotentes”, gravitando em torno do hospício.

Pesquisas como as de Correa (2011), uma pesquisa avaliativa sobre os CAPS do estado do Rio de Janeiro, e de Elia (2013) sobre a atenção à crise no município do Rio de Janeiro, entre outros aspectos, apontam a dependência ao hospital psiquiátrico como retaguarda para as situações de crises da clientela dos CAPS II. Apesar de indicarem que as equipes estão dispostas e interessadas em operar o cuidado sem recorrer ao hospital e que mantém estratégias de acolhimento à crise nos CAPS II, observaram que parte da clientela referida aos serviços

continua sendo submetida às internações com interrupção do cuidado pela equipe de referência.

Ampliando a visão sobre a crise, é preciso destacar o significado polissêmico do conceito, onde a palavra crise foi sendo apropriada por diversas matrizes teóricas e utilizada para definir um espectro amplo de fenômenos. Para a psiquiatria tradicional, a abordagem dirigida à crise foi sempre no sentido de suprimi-la brevemente, como um processo exclusivamente prejudicial. Na história da atenção ao portador de sofrimento psíquico, considerando a psiquiatria clássica centrada no hospital, a crise em toda sua complexidade foi reduzida ao que se chamou de “agudização da sintomatologia psicopatológica”. Alguns dos sintomas muito característicos destas agudizações são os delírios, alucinações visuais e auditivas, agressividade, agitação psicomotora, etc. (FERIGATO, CAMPOS & BALLARIN, 2007).

Na história da psiquiatria, voltando-se para a crise e sua centralidade, buscaram oferecer respostas diversas, que não apresentaram efetividade no longo prazo e “consistiram em procedimentos de violência e tentativas de normalização, além de terem contribuído para um circuito eterno de dependência do hospital psiquiátrico” (COSTA, 2007, p. 4). Por sua pesquisa, Costa (idem) afirmou que no discurso e nas práticas da psiquiatria tradicional, de modo geral, suas tentativas de respostas às mesmas, poderiam ser resumidas e esquematizadas em torno das seguintes características:

- Exacerbação da noção de periculosidade ligada à pessoa em crise;
- Redução da experiência a sintomas e a comportamentos considerados "bizarros"; com tendência ao reconhecimento apenas de "traços" patológicos, anormais e insanos;
- Intervenções mais direcionadas à remissão dos sintomas em curto período de tempo;
- Tentativa de normalizar e impor hábitos morais;
- Ênfase na negatividade da loucura e da crise; ênfase na desrazão, nas incapacidades e nas impossibilidades;
- Separação entre a crise e a vida global do sujeito;
- Uso freqüente e mecanizado das contenções físicas, da eletroconvulsoterapia; uso generalizado e padronizado da medicação como recurso terapêutico mais importante ou prioritário;
- Ênfase no controle e na tutela; uso do espaço físico para contenção das crises e;
- Internação como recurso predominante (Idem, p.2).

Autores como Costa (2007) e Ferigato, Campos e Ballarin (2007) abordaram o termo no sentido de alterar o caráter negativo atribuído à crise. Referem-se à crise como um momen-

to que não deve ser considerado como ruim, que comporta certa desordem, mas que poderia conduzir a uma nova organização. Esta poderia ser a possibilidade de uma reestruturação mais consistente, a possibilidade para a construção de novos arranjos para a vida. Segundo Souza (2008, 2014), a crise se define como uma ruptura com o laço social. Consiste em algo que emerge e foi gerada em um sistema de relações sociais e humanas que leva o sujeito a romper com a norma social. A crise não ocorre, portanto, apenas na vivência individual, mas na relação com o contexto social.

Na década de 80, Dell'acqua e Mezzina (1988) escreveram um texto sobre a forma como a cidade de Trieste se organizava para atender as situações de crise. A idéia surgiu por considerarem a crise um tema crucial, em função do qual o modelo de atenção em saúde mental proposto por eles poderia ter sucesso, ou, por outro lado, fracassar. Para os autores, a crise é uma complexa situação existencial. A complexidade das situações de crise não pode ser lida como um dado isolado. Deve ser vista como um 'evento histórico'. Por sua visão, os autores colocam a relatividade desse conceito, que tem como valor-limite problemas emocionais, psicológicos, relacionais, sociais e os fatos da vida comum que assumiriam características de crise se tornando de interesse específico da psiquiatria.

Eles descreveram a complexidade de definir o conjunto de situações e problemáticas denominadas de "crise", "emergências", "demanda de internação psiquiátrica" nas quais a saúde mental é chamada a intervir. Dell'acqua e Mezzina (1988) consideram difícil uma conceituação única de crise em psiquiatria e que:

a problematização do tema requer compreender que o ingresso de 'pessoas em crise' no circuito psiquiátrico remete às respostas da organização sanitária e psiquiátrica e a um certo valor-limite construído socialmente, de acordo com os sistemas de reconhecimento e de percepção sobre normalidade/anormalidade, sofrimento, periculosidade, miséria, ruptura das relações familiares, sociais e/ou de trabalho (idem, ,p. 77).

Dell'Acqua e Mezzina (idem) apontaram que o conceito de crise foi balizado pela cultura e pelos padrões da sociedade em que o sujeito está inserido, e que, para a psiquiatria tradicional, a crise foi sempre uma *crise do paciente*, simplificada por meio de nomenclaturas psiquiátricas para seus "sintomas", que são nada mais do que uma ampla simplificação de toda uma história pessoal e singular que desembocou naquele momento crítico (JARDIM, 2014).

Segundo os autores, o encaminhamento para um serviço sem recursos para atender essa demanda, muitas vezes, acarreta em internações desnecessárias. Este aspecto faz pensar nos CAPS II, que por seu funcionamento, não estão preparados para lidar com as situações de

crise. As intervenções terapêuticas de atenção à crise sem a duração ou continuidade, sem os instrumentos necessários para oferecer o cuidado integral e global que o sujeito necessita, faz com que não possam reelaborar possíveis fracassos e criar estratégias de rede para que se realize o cuidado.

Sobre o modo de acolher a crise colocam que:

A crise pode ser adequadamente superada se o serviço conseguir abrir ou deixar aberto ao sujeito um espaço social de manobra, constataando a limitação do contexto em torno dele, a progressão dos mecanismos de controle, o estabelecimento dos círculos viciosos de reprodução da 'doença' (DELL'ACQUA e MEZZINA, idem, p. 76).

Neste mesmo artigo sobre a resposta à crise, relatou-se sobre um estudo que realizaram tendo como base um dos centros de saúde mental na cidade de Trieste, onde estabeleceram categorias para as situações que reconheciam como crise. Propunham que crise expressaria a situação onde é possível identificar pelo menos três dos seguintes eventos:

- grave sintomatologia psiquiátrica aguda;
- grave ruptura de relações familiares e/ou sociais;
- recusa das intervenções, mas aceitação do contato com a equipe;
- recusa de qualquer forma de contato;
- situações emergenciais no contexto familiar e/ou social ou, ainda, impossibilidades pessoais de enfrentá-las. (idem, p.59)

Questões referentes aos modos de lidar com as situações e experiências convencionalmente denominadas de *crise*, e as respostas que têm sido oferecidas as mesmas, de modo geral, possuem um lugar de grande importância nas tentativas diárias de transformação das relações com os transtornos mentais. Por este motivo no Brasil, como descrito anteriormente, destacam-se as experiências dos NAPS e os CERSAM. Estes serviços têm pontos fortes em comum, como a decisão de funcionarem durante 24 horas e a existência de serviços de urgência de retaguarda, como o pronto socorro para o NAPS e o SUP para o CERSAM. Nas duas cidades, todos os serviços funcionam 24 horas, todos praticam o funcionamento com portas abertas, que exigem pactuações diárias e a contratualidade com os usuários, além de raízes territoriais.

4 A DESENVOLVIMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E A IMPLANTAÇÃO NACIONAL DOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS

Recentes avaliações sobre o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira reconhecem avanços inquestionáveis nas últimas décadas (FIOCRUZ/FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN, 2015, ABRASCO, 2011), tais como uma rede de novos serviços, fechamento de leitos nos grandes hospitais psiquiátricos e redirecionamento de recursos financeiros para os dispositivos abertos. No entanto, ainda que a RPB venha ocorrendo de maneira constante e gradual, muitos são os desafios e questões estratégicas precisam ser equacionadas para continuidade e aprimoramento das mudanças, entre os quais densidade da implantação dos CAPS III.

A prioridade da política em saúde mental vem sendo dirigida para a desmontagem progressiva do grande parque manicomial existente no Brasil, recuperando direitos para as pessoas com transtorno mental e criando novos serviços, nas comunidades, para acolher a clientela egressa dos hospitais psiquiátricos e a população adulta com transtornos mentais mais graves que poderiam iniciar histórias de internações (VASCONCELOS, 2010).

Costa e colaboradores (2011) analisaram amiúde o processo político do MS para a implantação da rede de saúde mental e o contexto alocativo de incentivos financeiros para os novos serviços e caracterizam o mecanismo de incentivo estabelecido como tendo sido atrativo para os gestores municipais. Por meio do mecanismo fundo -a- fundo, no qual há repasses de recursos da União para os Municípios, a cooperação federativa possibilitou a consolidação do projeto de adesão massiva nos níveis locais à nova modelagem de assistência à saúde mental (p. 4607).

O processo de descentralização oriundo da organização do SUS produziu mudanças no processo decisório da política e na administração dos serviços. Novos fluxos de financiamento foram estabelecidos, contribuindo positivamente para o processo da Reforma Psiquiátrica. Costa e colaboradores (idem) ao se debruçarem sobre o tema realçaram, entre outros fatores, que:

A institucionalidade do processo decisório no espaço público brasileiro ofereceu à agenda da reforma condições de implantação nos municípios dos novos formatos organizacionais, por meio da imitação, dos incentivos financeiros e pela bem sucedida defesa das vantagens sobre o modelo hospitalar e asilar dominante nas décadas passadas. As portarias setoriais indutivas, reforçadas e acolhidas pela Lei 10.216/2001, transformaram a agenda da reforma psiquiátrica, localizada em cidades pioneiras, em uma política pública nacional. A adesão horizontal dos municípios foi muito favorecida pela cooperação federativa acumulada pela pactuação do SUS. Nesse sentido, a

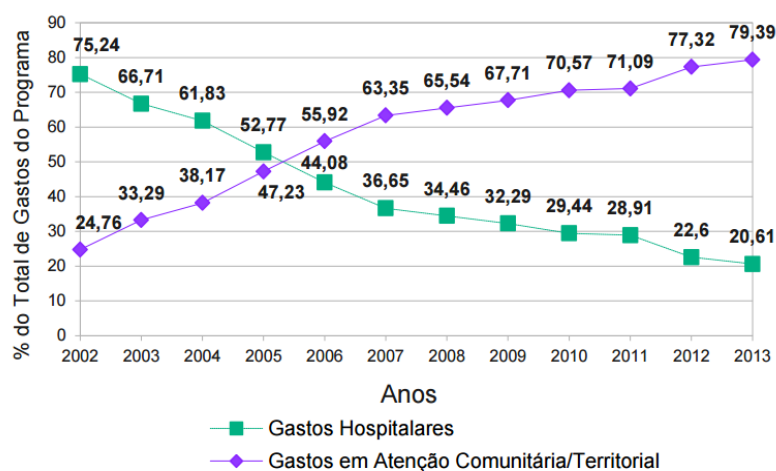
descentralização federativa favoreceu ao projeto de justiça distributiva na saúde mental (p.4603).

Desta maneira, houve uma mudança radical na prioridade alocativa, onde os novos serviços territoriais tiveram um real crescimento de financiamento enquanto que os recursos para os serviços hospitalares de psiquiatria sofreram perdas significativas de financiamento pelo MS. Esta redução contribuiu sobremaneira para o êxito da política de fechamento de leitos psiquiátricos. Segundo informações do MS (BRASIL, 2015), entre 2002 e 2014 a existência de leitos em hospitais psiquiátricos caiu quase pela metade neste intervalo, saindo de 51.393 para 25.988, de maneira constante e gradual. Como mencionado, a proposta de redução de leitos no país teve início na década de 90 e vem sendo mantida desde então. Atualmente este processo é coordenado pelo Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar (PNASH) no SUS, instituído pela portaria nº 52, de 2004.

Assim sendo, sobre as mudanças empreendidas na política de saúde mental nas últimas décadas, por simples que seja, ressalta-se deste processo o caráter fundamental dos arranjos de financiamento para a construção e indução da política. Alves (2001) coloca que “o financiamento de determinada política pública é, na verdade, a explicitação de sua força ou fragilidade política” (p.26).

Um dado característico e de grande relevância para a análise da mudança de paradigma ocorrido é a inversão a partir de 2006 da curva do financiamento do SUS para a saúde mental (Gráfico 1). Observa-se a inversão do total de investimento direcionado para os serviços de natureza aberta em detrimento dos recursos para hospitais psiquiátricos.

Gráfico 1 – Inversão dos gastos (2002 a 2013)



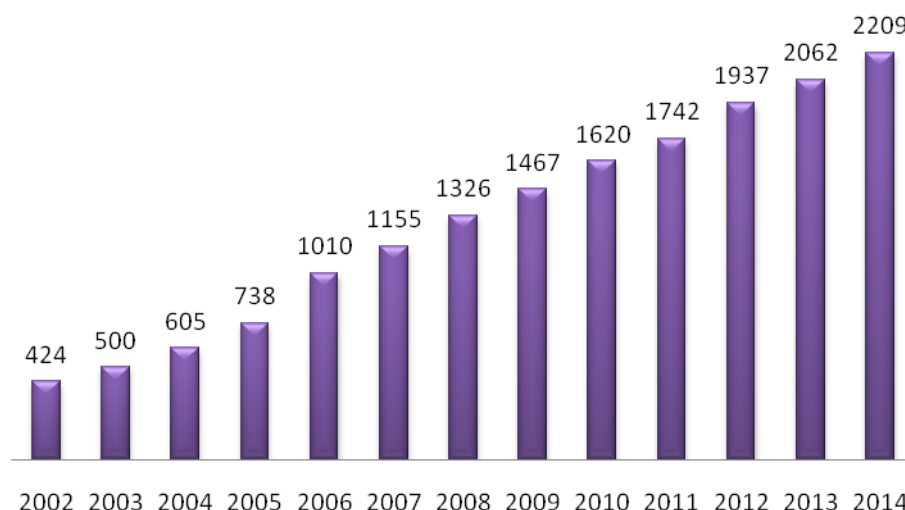
Fonte: Saúde Mental em Dados, BRASIL, 2015.

O gráfico mostra a mudança na composição entre os gastos destinados à assistência hospitalar e a assistência dos serviços de atenção comunitária, a efetividade da portaria nº 336/2002 e a força das novas diretrizes da política de saúde mental brasileira.

Cabe mencionar também que a mudança na composição das despesas contemplou não apenas os CAPS, mas todos os serviços da rede substitutiva, tais como Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Oficinas de geração de renda, Programa Volta para Casa e etc.

Em relação à expansão de CAPS no país, a série histórica realizada pelo MS evidencia um crescimento relativamente estável, no qual de 2002 a 2014 houve uma expansão média de aproximadamente 150 CAPS por ano, chegando ao total de 2.209 serviços, das diferentes modalidades, em todo território nacional, como pode ser visto no Gráfico 2 (BRASIL, 2014).

Gráfico 2 - Série histórica de expansão de CAPS (2002 a 2014)



Fonte: Saúde Mental em Dados, BRASIL, 2015. Elaboração própria.

Apesar do crescimento significativo da quantidade de CAPS no Brasil, a expansão da modalidade III, entretanto, não acompanha esta tendência. Ainda que o país apresente regiões com bons indicadores de CAPS por 100 mil habitantes (parâmetro adotado pelo MS), a baixa presença de CAPS III sugere um elemento importante para a avaliação da qualidade ofertada, na medida em que ainda mantém como retaguarda para situações agudas os leitos em hospitais psiquiátricos

Analisando a provisão de CAPS III no país, excluindo o CAPS Ad III, há uma concentração destes serviços no Sudeste, por força da oferta de São Paulo e Minas Gerais, que em

2014, contavam com 35 e 12 unidades, respectivamente. Para o mesmo ano, os estados que se seguiam em número de CAPS III implantados são Paraíba e Pernambuco, com quatro serviços. Pará, Bahia, Ceará, Maranhão, Sergipe, Paraná e Rio de Janeiro contavam com três CAPS III cada um. Não possuíam CAPS III os estados de Acre, Amapá, Rondônia, Tocantins, Alagoas, Espírito Santo, Mato Grosso e o Distrito Federal, como mostra o Quadro 1.

A criação dos CAPS III ficou aquém do esperado pelo próprio MS (BRASIL, 2011), tendo o número de serviços saído de 19 para 85 no período de 2002 a 2014 (BRASIL, 2015). Tomando a baixa implantação dos CAPS III, observamos que a proposta dos CAPS III não foi assumida pela gestão municipal na escala observada para os outros tipos de serviços (COSTA et al, 2011).

Além disso, em 2010, um ano antes da portaria nº 3088/2011, que instituiu os CAPS Ad III, o total de CAPS III existentes representava 3,4% no total de CAPS no país. A mudança na participação relativa no total do CAPS, a partir de 2011, como pode se observar na Tabela 1, foi impulsionada pela criação da modalidade CAPS Ad III e não pela expansão da rede de CAPS III especificamente.

Esta distribuição no país deve ser analisada levando em consideração o porte das cidades nos respectivos estados, uma vez que a proposta para o CAPS III é de implantação para municípios de maior abrangência populacional. Os arranjos locais para o acolhimento à crise e as situações complexas vividas pelos usuários da saúde mental vão ser diferentes de acordo com as características das cidades.

Além do CAPS III, outra proposta de serviços substitutivos prevista para cumprir a função substitutiva, também devem ser considerados os leitos de saúde mental em hospital geral. O MS faz a distinção entre leitos de saúde mental e leitos de psiquiatria em hospital geral (HG). Para os leitos de saúde mental são definidos parâmetros de cobertura, rede e diretrizes de funcionamento no contexto da RAPS. Em 2014, havia 4.620 leitos de psiquiatria em HG, pediátricos e maternidades, destinados ao SUS e registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2015).

Quadro 1 – Centros de Atenção Psicossocial por tipo, por UF e por Indicador de CAPS/100 mil habitantes (Brasil, dez/2014)

UF	População (IBGE 2014)	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPS ad	CAPS ad III	Total	Cob. CAPS
Acre	790.101	2	1				1	4	0,44
Amazonas	3.873.743	13	5	1	1	1		21	0,39
Amapá	750.912				1	1	1	3	0,47
Pará	8.073.924	44	16	3	3	6	1	73	0,66
Roraima	496.936	5	1	1		1		8	1,21
Rondônia	1.748.531	13	5		1	1		20	0,77
Tocantins	1.496.880	8	4				2	14	0,73
NORTE	17.231.027	85	32	5	6	10	5	143	0,61
Alagoas	3.321.730	45	6		1	2	1	55	0,99
Bahia	15.126.371	149	35	3	10	17	2	216	0,95
Ceará	8.842.791	62	29	3	7	21	3	125	1,1
Maranhão	6.850.884	43	15	3	3	7		71	0,74
Paraíba	3.943.885	49	8	4	9	7	5	82	1,57
Pernambuco	9.277.727	46	26	4	8	14	2	100	0,86
Piauí	3.194.718	39	7	1	1	4	2	54	1,13
Rio Grande do Norte	3.408.510	17	11	1	3	6	1	39	0,92
Sergipe	2.219.574	25	4	3	2	4	1	39	1,28
NORDESTE	56.186.190	475	141	22	44	82	17	781	1
Espírito Santo	3.885.049	10	7		1	5		23	0,46
Minas Gerais	20.734.097	125	52	12	19	30	10	248	0,95
Rio de Janeiro	16.461.173	43	45	3	25	22	1	139	0,73
São Paulo	44.035.304	80	90	35	58	76	14	353	0,77
SUDESTE	85.115.623	258	194	50	103	133	25	763	0,79
Paraná	11.081.692	47	28	3	11	24	5	118	0,89
Rio Grande do Sul	11.207.274	77	41	1	21	29	11	180	1,32
Santa Catarina	6.727.148	55	14	2	8	11	1	91	0,97
SUL	29.016.114	179	83	6	40	64	17	389	1,07
Distrito Federal	2.852.372	1	3		1	4	3	12	0,46
Goiás	6.523.222	33	14	1	3	7	2	60	0,69
Mato Grosso do Sul	2.619.657	11	6	1	1	4		23	0,69
Mato Grosso do Sul	3.224.357	27	3		3	5		38	0,76
CENTRO-OESTE	15.219.608	72	26	2	8	20	5	133	0,66
TOTAL GERAL	202.768.562	1069	476	85	201	309	69	2209	0,86

Fonte: Saúde Mental em Dados, BRASIL, 2015.

Tabela 1 – Participação Relativa do CAPS III no Total de CAPS no Brasil (2006-2014)

ANO	TOTAL CAPS	CAPS III	CAPS Ad III	PARTICIPAÇÃO RELATIVA PERCENTUAL (CAPSIII E CAPS Ad III)
2006	1010	38	-	3,76%
2007	1155	39	-	3,38%
2008	1326	39	-	2,94%
2009	1467	46	-	3,14%
2010	1620	55	-	3,40%
2011	1742	63	5	3,90%
2012	1937	72	27	5,11%
2013	2062	78	47	6,06%
2014	2209	85	69	6,97%

Fonte: Saúde Mental em Dados, BRASIL, 2015. Elaboração própria.

Sobre esta distinção, as enfermarias de psiquiatria em HG, no que tangem seu processo de trabalho, tendem a contrariar certos referenciais da reforma, pelo potencial que têm em privilegiar ações exclusivamente centradas em procedimentos médicos e pela dificuldade em elaborar projetos interdisciplinares e articulados com a rede (DIAS, WEBER e DELGADO, 2010). Segundo os autores, “a RPB por sua vez, entende os hospitais gerais como dispositivos fundamentais na constituição da rede de atenção em saúde mental, mas não atribui a eles nenhuma centralidade” (idem, p.118). Sendo assim, ainda que as enfermarias de psiquiatria apresentem convergência com a política nacional de saúde mental, o são no sentido de integrar a estratégia substitutiva da RPB. Sobre a presença dos leitos de saúde mental em hospitais gerais, no entanto, observa-se que também apresenta baixa participação, conforme o Quadro 2.

Segundo a proposta de reorganização, a prioridade das ações de reorientação do modelo de atenção à saúde mental está na integração dos diferentes dispositivos da rede, garantindo a integralidade e o acesso em sua proposta de cuidado e, criando respostas individualizadas na articulação dos serviços. Os leitos de atenção integral em saúde mental fazem parte desta rede e destinam-se ao acolhimento noturno de usuários em situação de crise que necessitam de cuidados contínuos, estabelecidos por sua equipe de referência, à partir do projeto terapêutico.

Quadro 2 – Oferta de leitos de saúde mental em hospitais gerais (2014)

REGIÃO	UF	HOSPITAIS	Nº LEITOS
CENTRO-OESTE	DF	7	45
	GO	1	4
Subtotal Centro-Oeste		8	49
NORDESTE	AL	2	15
	BA	1	2
	CE	2	8
	PE	1	7
	PI	1	10
	SE	2	30
Subtotal Nordeste		9	72
NORTE	AC	1	18
	RO	2	12
	TO	2	21
Subtotal Norte		5	51
SUDESTE	MG	42	176
	RJ	22	127
	SP	1	20
Subtotal Sudeste		65	323
SUL	PR	2	10
	RS	93	346
	SC	5	37
Subtotal Sul		100	393
TOTAL		187	888

Fonte: Saúde Mental em Dados, BRASIL, 2015.

Os leitos de atenção integral em hospital geral são um recurso de atenção continuada que apoia a ação da rede de CAPS que dispõe exclusivamente de CAPS I e II. Entende-se a “hospitalidade noturna como função primordial do CAPS III, sendo necessário definir o papel dos leitos em HG e diferenciar o usuário preferencial deste dispositivo” (idem, p.131). Alguns municípios ou territórios podem contar com a presença de CAPS III e leitos de saúde mental em HG, onde estes apresentam a possibilidade de realizar investigações clínicas e a facilidade de avaliações por outras especialidades médicas. Os mesmo autores avaliaram a distribuição dos leitos integrais de saúde em HG considerando o porte dos municípios e identificaram que um grande número de municípios de pequeno porte (até 100 mil habitantes) incorporou esta modalidade de leitos.

A distribuição destes leitos é bastante heterogênea entre os estados da federação, havendo uma concentração significativa nas regiões Sul e Sudeste, apesar da demanda por dispositivos de acolhimento noturno com a oferta de cuidados intensivos ser presente em todas

as regiões do país. Alguns dos obstáculos para a expansão dos leitos integrais em saúde mental em hospital geral “dizem respeito ao estigma existente em relação à presença de pacientes psiquiátricos nos hospitais gerais e à dificuldade de financiamento” (LUCCHESI, 2009 apud DIAS, WEBER e DELGADO, 2010, p.135).

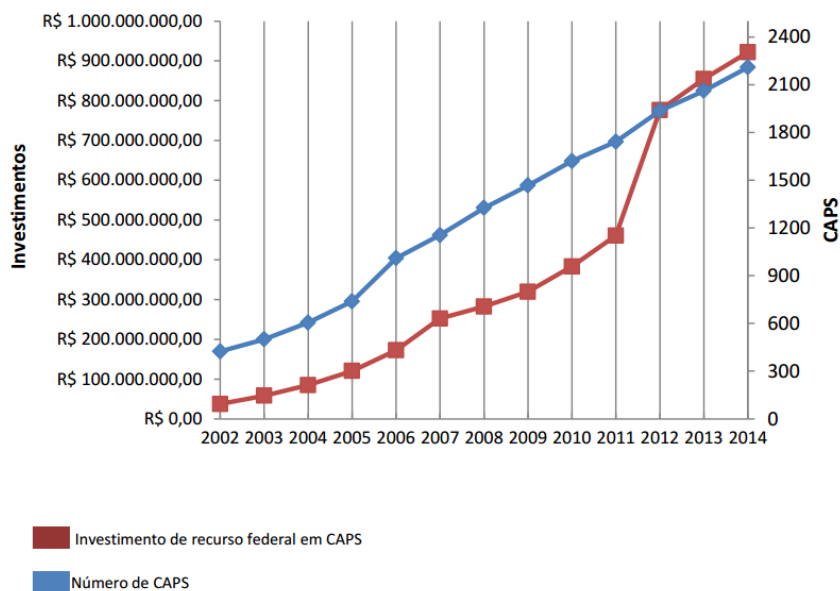
O déficit da existência dos leitos de atenção integral, tanto em HG quanto em CAPS III foi discutida durante o I Encontro em Saúde Mental nas Grandes Cidades, em Julho de 2008, e registrado na Carta de Campinas. Nesta ocasião, foi instituído um Grupo de Trabalho sobre Saúde Mental em hospitais gerais, através da Portaria GM nº 1.899, de 11 de setembro de 2008, com o objetivo de desenvolver estratégias para impulsionar a implantação, expansão e qualificação dos leitos de atenção integral em hospitais gerais, principalmente como recursos na atenção aos usuários de crack e outras drogas, em situações de intoxicação ou abstinência.

Tanto os CAPS Ad III quanto os CAPS III também incorporam a tecnologia do cuidado contínuo, 24 horas, fundamental para o acompanhamento das situações de maior complexidade. Apesar de o custeio de implantação e manutenção exigir mais recursos, os serviços da modalidade III configuram-se como caminho estratégico para assistência em saúde mental.

Com a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pela Portaria nº 3.088/2011, há também um aumento do financiamento para o setor, conforme demonstrado no Gráfico 3. Subsequentemente, a Portaria nº 1.966/2013 revê e aumenta os recursos financeiros repassados pelo MS especificamente destinados para a implantação dos CAPS III e CAPS Ad III. Cabe observar apenas que a expansão significativa dos CAPS Ad III corresponde ao Programa Crack é Possível Vencer (BRASIL, 2011), estratégia dirigida à população com problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, impactando na participação relativa percentual de CAPS III.

A revisão dos repasses para implantação dos CAPS III em 2013 merece destaque. Com a portaria de 2013, o MS colocou foco na implantação e desenvolvimento dos CAPS III, uma vez que reajustou o repasse para sua implantação, mas a seletividade de acesso existente entre CAPS III e CAPS Ad III poderia ser um dos pontos a ser explorados para sua ampliação, apesar da polemica em torno da temática de Álcool e Drogas existente nacionalmente.

Gráfico 3 - Evolução do investimento financeiro federal nos Centros de Atenção Psicossocial (Brasil, 2002 a 2014)



Fonte: Saúde Mental em Dados, BRASIL, 2015.

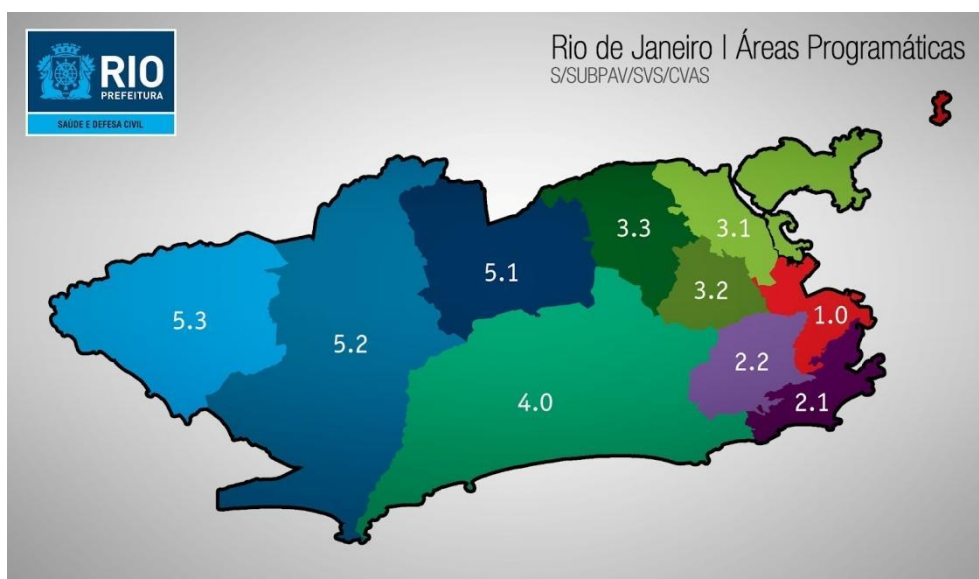
Mesmo assim, a implantação residual dos CAPS III se mantém. Pelo quantitativo maior de equipe, tarifas públicas, contratos de manutenção de serviços, como alimentação, limpeza, vigilância e rouparia, o investimento necessário para implantação e manutenção dos CAPS III é maior, comparado às demais modelagens de CAPS. A parceria com os gestores municipais para sua implantação se torna mais difícil. Apesar do incentivo financeiro maior, a visão sobre o papel estratégico dos CAPS III para a substituição das internações em hospitais e para a qualificação do cuidado para a rede de saúde, necessitaria de um esforço ainda maior, com ampliação do debate, revisão da proposta política em nível nacional e a produção de evidências sobre a efetividade dos CAPS III em sua função de ser continente às demandas da saúde mental.

5 O CAPS III, O TERRITÓRIO E A CIDADE

A presente pesquisa foi desenvolvida no CAPS III João Ferreira da Silva Filho, no município do Rio de Janeiro, que pertence à região metropolitana do Estado Rio de Janeiro. O município do Rio de Janeiro tem uma população estimada de 6.320.000 habitantes, em uma área geográfica de aproximadamente 1.250 km², o que corresponde a uma alta densidade demográfica (IBGE, 2010). Apesar de integrar o conjunto de cidades com maior Produto Interno Bruto (PIB) do país, a grande desigualdade social e econômica evidencia-se como uma das mais significativas características do município, assim como a violência urbana, onde em muitas partes da cidade ocorrem conflitos armados.

A organização dos setores sanitários da cidade, incluindo os serviços de saúde mental, se dá através das Áreas Programáticas (AP), que coordenam, localmente, o atendimento da clientela abrangendo todos os bairros. Nas APs se dão as divisões dos territórios de responsabilidade dos CAPS e da atenção primária, através de micro territórios. O município do Rio de Janeiro divide suas APs da seguinte maneira: AP 1.0 (centro e adjacências), AP 2.1 (Zona Sul), AP 2.2 (grande Tijuca), AP 3.1 (zona da Leopoldina e Ilha do Governador), AP 3.2 (grande Méier), AP 3.3 (região de Madureira e adjacências), AP 4.0 (região de Jacarepaguá e adjacências), AP 5.1 (região de Bangu e adjacências), AP 5.2 (região de Campo Grande e adjacências) e AP 5.3 (região de Santa Cruz e Sepetiba).

Figura 1 – Divisão Áreas Programáticas do município do Rio de Janeiro



Fonte: Coordenação de Vigilância Ambiental em Saúde/ SMS-RJ

Historicamente, houve uma grande concentração de leitos em hospitais psiquiátricos, em unidades próprias ou em clínicas conveniadas ao SUS, configurando-se como característica da assistência na cidade. Em 1989, foi implantada a Coordenação de Programas de Saúde Mental, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ), cuja função inicial era acompanhar as ações de supervisão da rede hospitalar. Até 1993, os três principais hospitais psiquiátricos públicos do Rio de Janeiro pertenciam ao Ministério da Saúde e os ambulatórios estavam sob gestão do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). A multiplicidade de instâncias governamentais decisórias configurou-se como marca do processo de Reforma Psiquiátrica na cidade (ALMEIDA, 2002). Esses fatores dificultaram a implantação de medidas de racionalização de recursos financeiros e investimentos em assistência extra-hospitalar, seja na reestruturação da rede ambulatorial ou na construção de novos serviços para a saúde mental (FAGUNDES & LIBÉRIO, 1997).

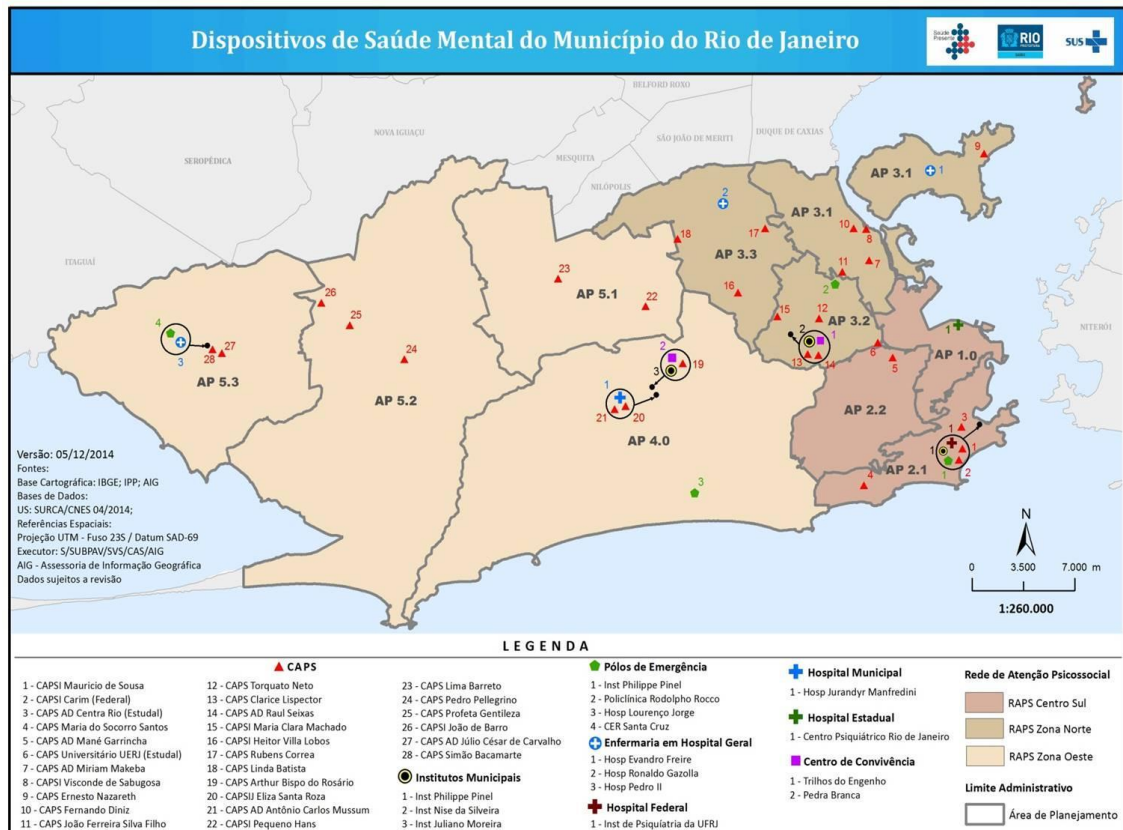
Em 1995 foi realizado o Censo dos Internos nos Hospitais Psiquiátricos da cidade, que totalizou 5.636 de leitos psiquiátricos, sendo destes 2.958 leitos privados contratados pelo SUS (idem). O Censo contribuiu para o desenho da reorganização assistencial na cidade, seguindo as diretrizes da Declaração de Caracas, que orientava a construção de estruturas extrahospitalares e a condenação do modelo asilar.

No ano seguinte a realização do Censo, foi criado o primeiro CAPS da cidade, no bairro de Irajá, onde havia com poucos serviços de saúde e equipamentos públicos. Sobre os primeiros anos de CAPS na cidade, o planejamento inicial previa a criação de pelo menos um CAPS em cada AP. Naquele momento, o planejamento para os CAPS apontava que cada serviço seria responsável pelo atendimento de até 150 pessoas e suas famílias (idem). Estes CAPS seriam todos do tipo II, não havendo menção aos CAPS III para a rede do Rio de Janeiro, evidenciando a falta de uma visão estratégica e de um projeto que vislumbrasse a possibilidade de prescindir do hospital psiquiátrico naquele momento. Entre outros fatores, este fato apontava para uma dificuldade deste planejamento, possivelmente assentada em uma cidade com um legado manicomial muito forte.

Mesmo assim, a meta inicial de instalação de um CAPS II por AP foi alcançada. Em algumas áreas, hoje, há mais de um CAPS. No entanto, a cobertura populacional de referência para cada CAPS é superior à indicada, resultando em sérias dificuldades para a condução qualificada dos serviços. A análise da cobertura de serviços CAPS no Rio de Janeiro é avaliada, por isso, como deficitária por pesquisadores (COSTA *et al*, 2011).

Em dezembro de 2014, rede de CAPS do Rio de Janeiro contava com 29 serviços: onze CAPS II; três CAPS III; oito CAPSi; três CAPS ad II e três CAPS ad III.

Figura 2 – Mapa dos CAPS da cidade do Rio de Janeiro



Fonte: Superintendência de Saúde Mental/SMS RJ

Além dos CAPS, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da cidade também conta com outros dispositivos, denominados como “*pontos de atenção em saúde mental*” (BRASIL, 2011). São eles: duas Unidades de Acolhimento de Adultos, 62 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), quatro Polos de Emergência Psiquiátrica, três Enfermarias de saúde mental em Hospitais Gerais, dois Centros de Convivência e equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Em dezembro de 2015, eram sete os Hospitais Psiquiátricos da rede pública da cidade, sendo três municipais, dois estaduais, um federal universitário e duas clínicas conveniadas ao SUS. Nos últimos anos tem-se visto o fechamento das clínicas conveniadas, em processos realizados por mediação do Ministério Público, com intervenção da gestão municipal. A direção para o fechamento das clínicas conveniadas tem sido realizada em articulação por transinstitucionalização para os leitos dos hospitais psiquiátricos do município, com as equipes das SRTs e com os CAPS da cidade.

Somente em 2010 foram inaugurados os dois primeiros CAPS III na cidade, o CAPS III Maria do Socorro e CAPS III João Ferreira da Silva Filho, nos bairros da Rocinha e de Ramos, respectivamente. Os dois serviços foram construídos na ocasião das obras federais do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), em bairros onde estes investimentos de urbanização e habitação foram realizados concomitantemente aos investimentos de implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo para atenção primária na cidade. Este estudo também se justifica pelo próprio surgimento destes CAPS III na cidade.

5.1 O CAPS III JOÃO FERREIRA DA SILVA FILHO

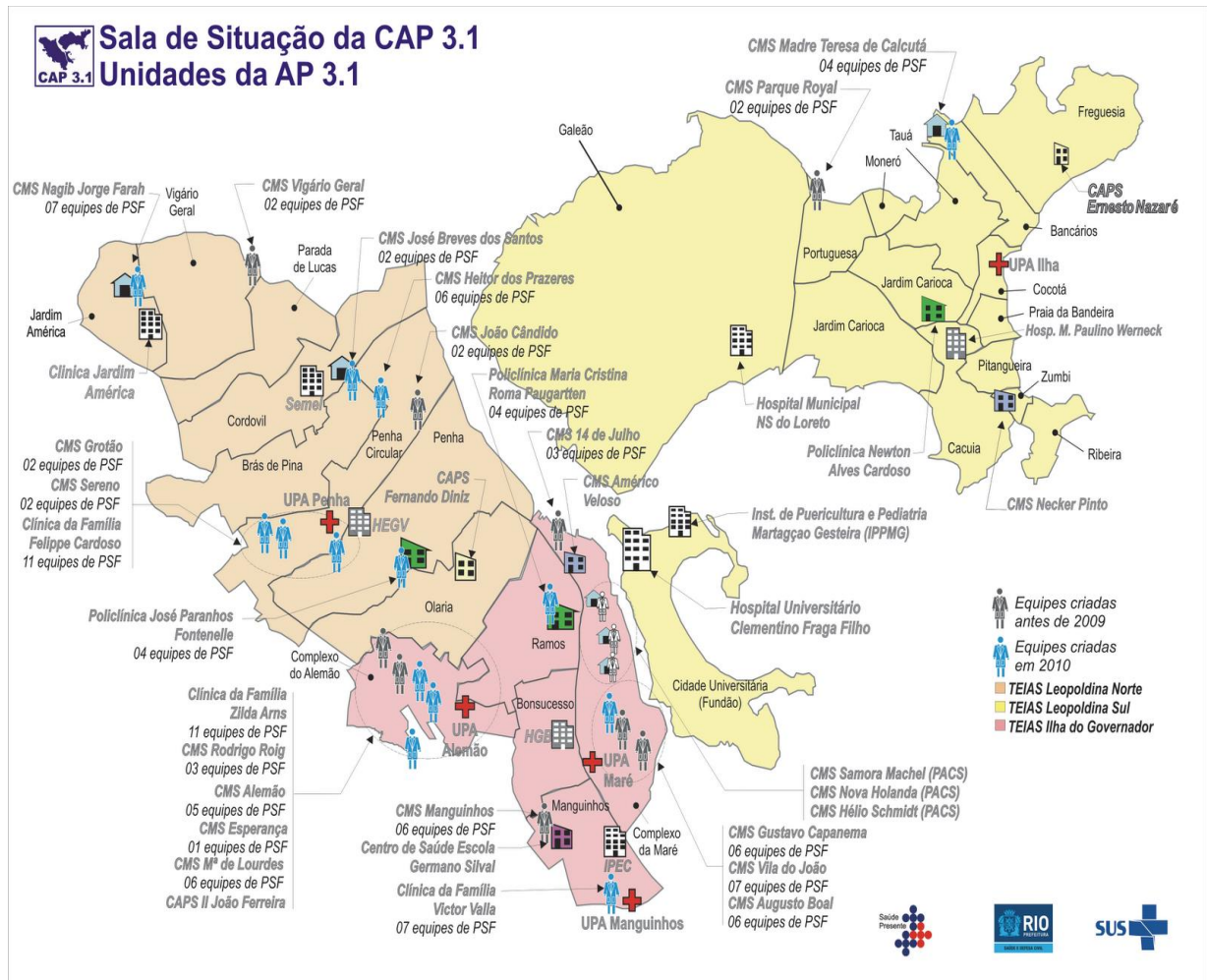
O CAPS III JF localiza-se na AP 3.1, composta por 28 bairros, que conforme o último Censo Demográfico do IBGE (2010), possui aproximadamente 886.550 habitantes. Segundo dados fornecidos pelo Instituto Pereira Passos (OLIVEIRA, 2015), alguns dos piores níveis do IDH do município do Rio de Janeiro estão em bairros da AP 3.1, entre eles Manguinhos, Complexo da Maré e Complexo do Alemão. Nesta AP encontram-se alguns dos bairros mais pobres da cidade (com renda per capita menor ou igual a R\$ 200) e um percentual grande de área ocupada por favelas. Há áreas de alta vulnerabilidade social e, dentre as dez maiores favelas da cidade em número de habitantes, cinco estão na AP 3.1: Complexos da Maré, Complexo do Alemão, Complexo da Penha, Vigário Geral e Parada de Lucas. Além de precárias condições de vida para parte significativa da população da AP, há altos índices de violência causados pela presença constante do tráfico de drogas, conflitos entre facções rivais na disputa por espaços de domínio nas comunidades, além da presença de forte contingente policial armado em constante conflito com as facções.

A AP 3.1 teve como maior vetor indutor de crescimento o eixo da Estrada de Ferro da Leopoldina. A área fica localizada na região norte do município e está situada entre a Baía de Guanabara e a Serra da Misericórdia, abrangendo desde o bairro de Bonsucesso até o bairro de Jardim América, incluindo a Ilha do Governador e a Ilha do Fundão (OLIVEIRA, 2015). O plano diretor construído em 2002 subdividiu a AP em três subsistemas:

- 1) Leopoldina Sul - Ramos, Olaria, Bonsucesso, Manguinhos, Complexo da Maré e Complexo do Alemão;
- 2) Leopoldina Norte - Jardim América, Penha, Penha Circular e Brás de Pina;
- 3) Ilha do Governador - Bairros da Ilha do Governador.

A Figura 3 apresenta a rede de saúde deste território, com os equipamentos que a compõe.

Figura 3 - Rede de saúde da AP 3.1



Fonte: Coordenação de Vigilância Ambiental em Saúde/ SMS-RJ

A rede de atenção primária à saúde da AP 3.1 possui 11 Clínicas da Família (CF) e 18 Centros Municipais (CMS), totalizando 29 unidades. Acompanhando a expansão da atenção primária na cidade, houve um incremento progressivo de cobertura da ESF na AP 3.1 nos últimos cinco anos. A área saltou de quatro equipes em 2000, para 143 em 2015 e a cobertura passou a atingir 54,6 % da população. A partir de 2010, as equipes de ESF passaram a contar com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A AP 3.1 possuía em 2014, sete equipes de NASF (VIVARIO, 2015; CAP 3.1, 2015).

O nível secundário de atenção à saúde é composto por duas policlínicas que oferecem atendimento médico especializado à população da AP 3.1. A atenção hospitalar conta com

cinco Unidades de Pronto Atendimento (UPA), quatro hospitais gerais, dois infantis, um universitário e um instituto de infectologia.

O CAPS III JF, localizado no Complexo do Alemão, compõe a rede de CAPS da AP 3.1 com outros dois CAPS II; um CAPSi e um CAPS Ad III. O CAPSi Visconde de Sabugosa, em Ramos, foi inaugurado em 2012 e o CAPS Ad III Miriam Makeba, em Bonsucesso, em 2014. Estes dois serviços devem ser referência para toda a AP nos casos graves de transtorno mental para infância e adolescência e usuários de álcool e drogas, respectivamente. Durante muitos anos, os CAPS II Fernando Diniz, em Olaria, e o CAPS II Ernesto Nazareth, na Ilha do Governador, se responsabilizaram pela totalidade das demandas de saúde mental desta região em conjunto com os ambulatorios existentes. A partir de 2010, o CAPS III JF passou a ser referência para a região do subsistema Leopoldina Sul, o CAPS II Fernando Diniz para o subsistema Leopoldina Norte e o CAPS II Ernesto Nazareth para o subsistema Ilha do Governador.

Para o acompanhamento hospitalar de pacientes da saúde mental com intercorrências clínicas ou complicações de quadros relacionados ao uso de álcool e outras drogas, utiliza-se o Hospital Municipal Evandro Freire, na AP 3.1, e o Hospital Municipal Ronaldo Gazola, na AP 3.3. Não há Hospitais Psiquiátricos na AP 3.1, entretanto alguns usuários deste território são internados nos Hospitais Psiquiátricos da cidade.

A AP 3.1, assim como em outras áreas da cidade, tem no apoio matricial em saúde mental uma das ferramentas para o desenvolvimento de ações e para a qualificação da rede de atenção no território. Segundo o MS, por sua portaria nº 4.279, de 2010, Redes de Atenção à Saúde (RAS) são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

Especificamente no subsistema Leopoldina Sul são realizadas duas formas de organização de matriciamento em saúde mental por profissionais do NASF e por profissionais no CAPS III JF. Oliveira (2015) pesquisou o desenho de trabalho na AP e verificou que o apoio matricial já está instituído nas unidades básicas e que as diferenças existentes entre o matriciamento feito pelo CAPS ou pelo NASF estão relacionadas principalmente à regularidade e sistematização das ações e à forma de inserção dos profissionais de saúde mental do CAPS e do NASF, havendo vantagens e desvantagens em cada modo de funcionamento.

O apoio matricial, nesse contexto, surge com a proposta de transformação da lógica tradicional de organização dos sistemas de atenção à saúde e contribui também para a qualificação dos atendimentos. Trata-se de um método de trabalho compartilhado que busca integrar

saberes e práticas entre profissionais das distintas especialidades, com o objetivo de oferecer um atendimento integral, buscando mudanças nas práticas de atenção à saúde no território (idem).

Do ponto de vista da ESF, a proposta de apoio matricial, desenvolvidas com a participação do CAPS, qualifica o trabalho da ESF, integra as ações de saúde mental e aumenta a capacidade das equipes em oferecer respostas para os problemas desta ordem que se deparam em seu dia a dia de trabalho (OLIVEIRA, 2015).

Por este trabalho, o CAPS III JF se faz presente no território e promove sua articulação com os outros dispositivos. O matriciamento tem sido uma das estratégias principais para a efetivação da articulação entre a comunidade e o CAPS III, em paralelo com o funcionamento 24 horas do serviço. A entrada e circulação dos profissionais do CAPS III no território do Complexo do Alemão, além dos outros bairros de sua responsabilidade, têm sido realizadas em parceria com a ESF e com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Sobre a violência no território, a proximidade e a parceria com a ESF tem demasiada importância. Além da garantia de entrada e saída das ações empreendidas no território, minimiza riscos para a equipe do CAPS, garantindo a continuidade do trabalho em suas frequentes incursões. Observa-se que a discussão permanente sobre as situações vividas pela população no tocante à violência, dá visibilidade aos efeitos deste problema para todos os envolvidos, usuários do CAPS e da atenção primária, profissionais moradores, como os ACS, e profissionais vindos de outras partes da cidade.

O matriciamento realiza com a participação dos profissionais do CAPS em interconsultas, discussões de caso e visitas domiciliares com a ESF. Neste sentido, todas as modalidades de matriciamento contribuem direta ou indiretamente para a promoção da saúde mental de maneira integral no território. Segundo Oliveira (idem), os profissionais de saúde mental do CAPS contribuem, por exemplo, no que diz respeito à abordagem dos preconceitos vinculados à loucura e à figurada pessoa com transtorno mental, trabalhando para a construção de outro olhar sobre as questões do sofrimento psíquico. O CAPS também busca ampliar a visão das equipes sobre as várias possibilidades de intervenções terapêuticas, como oficinas, grupos, cultura, valorização dos espaços comunitários e a história da comunidade. Acompanham em conjunto com a ESF os casos mais graves e urgentes e discutem outras questões menos graves durante as reuniões de equipe, colaborando na construção de propostas terapêuticas, mesmo mantendo contato direto apenas com parte dos pacientes acompanhados pela ESF. Os ACS têm também um papel fundamental na identificação dos problemas e no acompanhamento dos casos, sendo muitas vezes um elo entre a equipe e a comunidade.

O CAPS III JF está localizado precisamente em uma via de grande circulação da Zona Norte, que faz a ligação entre os bairros de Ramos e Bonsucesso. Esta estrada corta o conjunto de favelas do Alemão. A estrutura física do CAPS III é compartilhada por uma CF e por uma UPA, com espaços separados, mas com via de acesso e entrada comuns. A área externa do CAPS é ocupada por um estacionamento e por uma Academia Carioca - projeto de promoção à saúde da atenção primária. Há alguns ambulantes na calçada externa, com venda de pequenos lanches.

A estrutura física do CAPS III é ampla, mas bastante fechada, sem janelas, conta com ar condicionado para a ventilação. É um grande contêiner, dividido por um grande espaço de entrada comum à CF, um corredor com a recepção e duas salas para atividades grupais. Cruzando uma porta, encontra-se outro corredor ao longo do qual estão as quatro salas de atendimento, sala de cuidados, sala de administração, direção, sala da equipe, refeitório, banheiros e quartos com leitos.

O CAPS III conta com sete leitos no total, seis leitos estão divididos em três quartos com pequenas cômodas. Estes quartos estão integrados ao espaço do CAPS, no corredor principal do serviço. Há ainda um quarto individual, com um leito clínico, com cama hospitalar do tipo *fawler*, para situações específicas, como realização de medicação venosa, cuidados clínicos ou contenção mecânica. O número de leitos cadastrados no CAPS III JF é de seis, o sétimo leito é acionado excepcionalmente.

Sobre a equipe do CAPS III JF, destaca-se o fato de todos os profissionais do serviço serem contratados pela mesma modalidade de vínculo, são celetistas da Organização Social Viva Rio, que também responde pelos contratos de gestão para a implantação e ampliação da ESF e de UPAs da AP 3.1. A equipe de segmento, profissionais responsáveis pelos três SRTs vinculadas ao CAPS III, também são contratados por CLT, mas por outro contrato de gestão, diretamente realizado com a Superintendência de Saúde Mental.

No registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da unidade, não há diferença entre profissionais atuando no CAPS III ou na equipe de segmento dos SRTs. O CAPS era responsável em 2014, por três SRTs, onde viviam 21 usuários, egressos de internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos. Segundo documentos disponibilizados pelo CAPS III, dos 60 profissionais que constam no CNES, 43 compõem a equipe que atua diretamente no CAPS III. Neste total não estão incluídos, profissionais de vigilância e limpeza, que no cotidiano do serviço integram a equipe e também atendem à CF contígua ao CAPS. Do total de integrantes da equipe, 22 possuem nível superior e 21 têm nível técnico ou médio. Dentre os profissionais de nível superior, uma psicóloga ocupa a direção e a musicote-

rapeuta responde pela coordenação técnica do serviço. Uma psicóloga, com menor carga horária, desempenha a função de supervisora clínico-institucional. O quantitativo de profissionais e técnicos envolvidos nas atividades finalísticas é de 36 profissionais, de nível superior e técnico (estão excluídos do total os trabalhadores de atividades-meio, como funcionários da área administrativa, copa, limpeza, portaria e supervisão clínico-institucional), e a relação de usuário-trabalhador é de 10 usuários por funcionário, considerando o total de 367 usuários matriculados do CAPS III em 2014. O Quadro 3 abaixo indica as categorias profissionais, o número de trabalhadores e o regime de carga horária de cada um.

Quadro 3 - Composição da força de trabalho do CAPS III JF

Categoria Profissional	Número de Profissionais	Carga horária semanal
Assistente Social	01	01 assistente social 30 horas
Auxiliar de Farmácia	01	01 auxiliar de farmácia 40 horas
Enfermeiro	09	09 enfermeiros (03 diaristas - 40horas) (06 plantonistas - 40horas)
Funcionário administrativo	04	04 funcionários- 40 horas
Funcionário da Copa	03	03 funcionários 40 horas (02 plantonistas) (01 diarista)
Médico Psiquiatra	04	04 médicos 20 horas
Musicoterapeuta	01	01 musicoterapeuta 40 horas
Psicólogo	07	04 psicólogos 40 horas 02 psicólogos 20 horas 01 psicólogo 12 horas
Técnico de enfermagem	11	11 técnicos 40 horas
Terapeuta Ocupacional	01	01 terapeuta ocupacional 30 horas
Oficineiro	02	02 oficineiros 30 horas

Fonte: CAPS III João Ferreira Silva Filho – Rio de Janeiro 2014

Comparando com a cidade de Campinas, a média de funcionários que compõem as equipes dos CAPS III é de 41 profissionais, segundos os mesmos critérios, e a relação usuário-trabalhador nos serviços é de 6,3 (FIGUEIREDO, SANTOS & WELLER, 2013, p. 166).

O CAPS III JF apresenta um quantitativo expressivamente maior de usuários em relação aos profissionais ao observado em Campinas.

O CAPS III está organizado em uma equipe única. Existem reuniões diárias de início e fim de dia para a passagem de plantão dos trabalhadores. A reunião do turno da noite se detém na discussão sobre os usuários acolhidos, situações de pessoas em crise, que podem vir a buscar o serviço e ser necessário atendimento no horário da noite. No caso das reuniões de início de dia são também discutidas a organização interna do CAPS no dia, com a distribuição dos profissionais nas atividades, assim como a divisão para as agendas externas, como a realização de Visitas Domiciliares, matriciamentos e visitas a serviços parceiros.

A reunião de equipe, com a presença da supervisora clínico-institucional ocorre durante uma manhã por semana e neste turno as atividades de convivência e atendimentos não são agendadas. Apenas os casos em acolhimento e situações graves são atendidos pela equipe. Além desta, a equipe do CAPS alterna-se para participar de algumas reuniões permanentes e com periodicidade mensal com a rede, entre elas: Fórum de Saúde Mental da AP; Supervisão do subsistema de saúde da Leopoldina Sul; e Grupo de Trabalho de Desinstitucionalização.

As atividades cotidianas do CAPS III JF são diversas: atendimentos individuais e familiares, visitas domiciliares, grupo de ouvidores de vozes, atividade coletiva de poesia, ateliê artístico, musicoterapia, bazar com venda de roupas, assembléia de profissionais e usuários, oficina de futebol, realização de passeios na cidade, entre outras. O CAPS oferece café da manhã, almoço e lanche para os usuários cujos projetos terapêuticos incluem a permanência diária. No turno da noite, oferece jantar para os usuários acolhidos ou usuários que tenham o terceiro turno em seu projeto.

A porta de entrada do CAPS III é organizada diariamente entre a equipe. Os acolhimentos de primeira vez acontecem durante o dia, realizados por um técnico destacado especificamente para esta função. A chegada de novos usuários no período noturno e nos finais de semana acontece excepcionalmente, já que a equipe é reduzida nestes períodos. Nestes momentos, o CAPS recebe pessoas que já são usuárias do serviço, nos casos onde ainda não exista referência no CAPS III, são orientados a procurar o serviço durante o dia.

Após às 19hs o CAPS volta suas atividades para o acompanhamento dos usuários que estão em Acolhimento Noturno no serviço. A partir desse horário são realizadas apenas as situações de usuários que são matriculados, são realizados atendimentos e após escuta, define-se a conduta, seja para retorno no dia seguinte, contato com a família, medicação, ou a permanência em Acolhimento Noturno. Os leitos podem ser disponibilizados aos usuários dos demais CAPS de adulto da AP. Os Acolhimentos Noturnos para estes usuários são sempre

realizados com o consentimento do próprio usuário e da família, com explicação sobre o funcionamento distinto do hospitalar do CAPS III, além da avaliação de que os cuidados por outra equipe de profissionais que não a referência habitual seja possível no manejo da situação clínica.

No período noturno e domingos, um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem trabalham na unidade, além dos vigilantes e um funcionário da limpeza e copa. A divisão entre equipe do dia e equipe da noite se dá de maneira que os enfermeiros e técnicos de enfermagem que trabalham em regime de plantões de 12 horas devem realizar ao menos um dos plantões no turno do dia, assim como complementar a carga horária restante em turno diurno, privilegiando a reunião de equipe.

Há um psicólogo que cumpre parte de sua carga horária no período da noite, em proposta experimental do CAPS para que a articulação entre o dia e a noite do serviço seja potencializada. Os psiquiatras da equipe do CAPS III podem ser acionados por telefone, caso a equipe de plantão avalie necessário. Da mesma maneira, o contato por telefone pode acontecer para os demais profissionais do CAPS, fora de seus turnos de trabalho. A Emergência Psiquiátrica do PAM Rodolpho Rocco e a UPA são também retaguardas para situações onde o pernoite no CAPS não seja indicado, sendo a articulação com estes serviços contínua.

O CAPS III JF realizou o levantamento de dados de sua clientela no ano de 2014 e o total de matriculados no serviço era de 367 usuários. Destes, 235 possuíam cadastro na atenção primária, referenciados também a alguma unidade, seja em Clínica da Família ou em Centros Municipais de Saúde (CMS). Em relação à situação de renda e previdenciária, informaram que 2/3 do total de usuários do serviço recebiam algum tipo de benefício previdenciário. Em seu levantamento não realizaram detalhamento e distinção sobre qual auxílio os usuários recebiam, se auxílio-doença, aposentadoria, pensão ou o Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Por estas informações, observamos uma boa utilização da clientela do CAPS IIIJF aos cuidados de saúde de maneira integral, com a articulação da saúde mental com a atenção primária. Sobre a situação de renda, os dados revelam a dependência da clientela ao sistema previdenciário, muito provavelmente do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). Neste sentido, a significativa proporção de usuários do CAPSIII incluídos no sistema da previdência social, também aponta para a inserção do CAPS III no contexto mais amplo das políticas sociais, na medida em que se dirigem à assistência de pessoas com transtorno mental grave, muitas vezes excluídas do sistema formal de trabalho e emprego, associado à situação de pobreza em que vivem suas famílias.

A partir desta apresentação do contexto estrutural e de funcionamento do CAPS III JF serão tratados, no próximo capítulo, os dados do levantamento descritivo sobre o Acolhimento Noturno realizado pelo serviço.

6 A UTILIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO NOTURNO NO CAPS III JOÃO FERREIRA DA SILVA FILHO: RESULTADOS E DISCUSSÃO

A realização deste estudo transversal descritivo se deu a partir das informações sistematizadas pela pesquisadora, referente ao ano de 2014. Obteve-se a informação inicial que o total de Acolhimentos Noturnos realizados neste ano foi de 277 permanências. Após a primeira sistematização dos dados, identificou-se que as permanências referiam-se a 82 usuários, evidenciando a ocorrência de uma ou mais permanências em Acolhimento Noturno por usuário. Desta forma, para composição do perfil dos usuários, foram considerados os registros individuais (N=82) e para análise das permanências em Acolhimento Noturno foram considerados todos os registros. Além destas informações, utilizou-se de relatos extraídos dos livros de comunicação da equipe com a finalidade de ilustrar as situações sobre os Acolhimentos Noturnos e os resultados encontrados.

6.1 O PERFIL DOS USUÁRIOS EM ACOLHIMENTO NOTURNO

Como mencionado, o total do universo pesquisado é de 82 usuários, entretanto, por falhas nos registros coletados houve perdas de informações em parte dos itens analisados. A Tabela 2 apresenta algumas características demográficas destes usuários. Sobre a distribuição por sexo, o total de acolhidos mostrou pouca diferença entre o número de homens e mulheres, com 43 homens e 39 mulheres. A média de idade entre os usuários foi de 39,8, sendo as mulheres, em média, um pouco mais velhas do que os homens (41,5 versus 38,1). Entre os indivíduos mais jovens, foram acolhidos um usuário de 18 anos e outro de 19 anos, enquanto que o usuário mais velho tinha 77 anos.

Tabela 2 – Perfil Etário e Gênero dos Usuários

Gênero	Masculino	43
	Feminino	39
Idade	Média de idade total	39,8
	Média de idade masculina	41,5
	Média de idade feminina	38,1

Em relação à inserção social e institucional dos usuários, há uma maioria significativa que reside com a família (65%), como mostra a Tabela 3. Este grupo é seguido dos que residem sozinhos (16%) ou nos SRTs (7%). Ainda que em menor número, estiveram em Acolhimento Noturno usuários que moram em Hospital Psiquiátrico (2,5%), ou estão em Acolhimento Institucional em serviço da Assistência Social (1%) ou em Situação de rua (1%). Os artigos de Andreoli e colaboradores (2004) e de Figueiredo, Santos e Weller (2013), com análises sobre o perfil dos usuários de CAPS III em Santos/ SP e Campinas/ SP, respectivamente, também registraram a mesma distribuição sobre as condições de inserção social e institucional dos usuários. Entretanto no caso dos referidos artigos, os dados referiam-se à totalidade dos usuários dos CAPS III e não ao grupo que permaneceu em hospitalidade noturna.

Tabela 3 - Vínculos Sociais e Institucionais dos Usuários

Condição	Frequência	%
Moram com a família	53	65
Moram sozinhos	12	16
Moram em SRT	6	7
Internados em Hospital Psiquiátrico	2	2,5
Morador de rua	1	1
Mora em abrigo	1	1
Sem informação	7	8,5
Total	82	100

No tocante ao local de moradia, os bairros de Ramos, Bonsucesso, Penha e Inhaúma são os que têm mais moradores entre os que permaneceram em Acolhimento Noturno. Estes quatro bairros estão localizados na AP 3.1 e demonstram que os acolhidos são, em sua maioria, moradores da mesma AP onde o CAPS III se localiza, assim como do subsistema de responsabilidade do serviço.

Os registros revelam que um usuário era morador de outro município e apenas dois usuários tinham registro de moradia em outra AP, sendo ambos moradores do Engenho de Dentro, na AP 3.2. Estes eram pacientes de longa permanência do Instituto Municipal Nise da Silveira, que apesar de sua situação de moradores do hospital, tinham como referência de tratamento o CAPS III JF e utilizaram o Acolhimento Noturno.

Sobre o histórico de tratamento, conforme a Tabela 4, 66% dos usuários passou por internações em Hospitais Psiquiátricos antes do Acolhimento Noturno no CAPS III e 12% nun-

ca foram internados. Apesar da perda de registro de 22% nesta categoria de informação, pode-se observar que a maioria da clientela que utilizou o Acolhimento Noturno no CAPS III no ano de 2014 já vivenciou a internação psiquiátrica. A título de observação, a alta proporção de perda de registro desta informação chamou especial atenção. Não obstante a pergunta sobre o histórico de internação estar presente na folha de rosto do formulário de recepção mantido pelo CAPS III, este item não foi preenchido de maneira sistemática por parte dos profissionais.

Tabela 4 – Histórico de Internação Psiquiátrica

Condição	Frequência	%
Já teve internação psiquiátrica	54	66
Nunca foi internado	10	12
Sem informação	18	22
Total	82	100

A questão do uso de drogas – Tabela 5 - mostra-se presente na clínica do CAPS III e do Acolhimento Noturno. Dos usuários acolhidos, 30% relatam uso de substâncias psicoativas. Este número, porém, não é relativo ao diagnóstico principal dos usuários, que será analisado em sequência. Esta informação refere-se a qualquer modalidade de uso, sem o levantamento sobre a frequência e intensidade. Quanto aos tipos de drogas utilizadas há menção ao álcool, cocaína, maconha, crack e *desiree* (mistura de maconha com crack).

Tabela 5 – Relato de Uso de Álcool e Outras Drogas

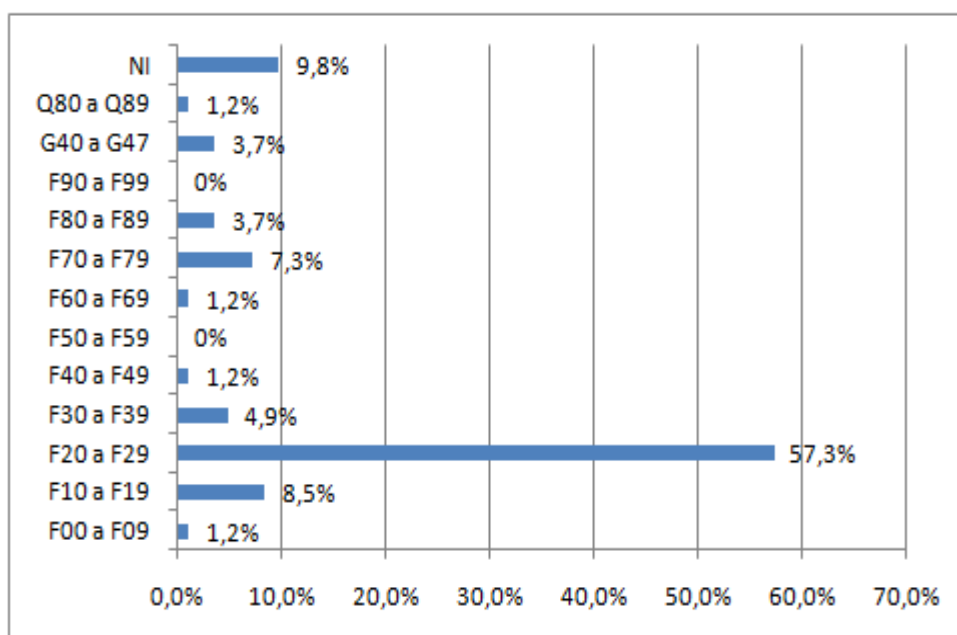
Condição de Uso de Álcool e Outras Drogas	Frequência	%
Tem registro de uso de álcool e outras drogas	Sim	25
	Não	46
	Sem informação	11
Total	82	100

A distribuição por diagnósticos está organizada no Gráfico 4, esta informação também é mantida pelo CAPS III, utilizando o Código Internacional de Doenças, CID- 10. Entre os

usuários acolhidos, 57,3% receberam o diagnóstico do grupo das psicoses, com a maior ocorrência de Esquizofrenia (F 20); Psicose não orgânica não especificada (F 29) e Transtorno esquizoafetivo (F 25). Este grupo teve a seguinte distribuição: 36 usuários com diagnóstico de Esquizofrenia; dez com Psicose não orgânica não especificada e um com Transtorno esquizoafetivo.

O segundo grupo diagnóstico foi significativamente menor que o primeiro, 8,5% dos casos foram diagnosticados como portadores de Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa (F 10 – 19). Em seguida, com 7,3% dos casos, o grupo de diagnóstico Retardo mental, caracterizado por problemas de desenvolvimento do funcionamento intelectual, das funções cognitivas, de linguagem, da motricidade e do comportamento social (F 70-79). O quarto grupo, com 4,9% apresentou o diagnóstico de Transtorno afetivo (F 30 - F39), neste caso, todos os quatro indivíduos com diagnóstico Transtorno afetivo bipolar (F 31). Em quinto, com 3,7% os portadores de Transtorno do desenvolvimento psicológico (F80 - 89), sendo que nestes casos, todos os indivíduos do grupo receberam diagnóstico de Autismo (F 84). Houve ainda o diagnóstico de 3,7% de casos com Epilepsia. Nestes casos registrou-se a ocorrência de comorbidade com Retardo mental ou Esquizofrenia. Com apenas um caso, há a ocorrência dos seguintes diagnósticos: Transtorno mental por lesão cerebral, Transtorno de personalidade e Malformação congênita.

Gráfico 4 - Diagnóstico dos Usuários que Utilizaram o Acolhimento Noturno



Para a organização do gráfico acima, foram utilizados os diagnósticos principais dos usuários acolhidos. Analisando a distribuição dos diagnósticos apresentados, pode-se afirmar que o CAPS III e seu Acolhimento Noturno se atêm ao atendimento do perfil de usuários com quadros clínicos graves e persistentes, seguindo os preceitos da política nacional de saúde mental. Segundo a mesma, os casos de transtornos mentais graves e persistentes deverão ser atendidos pelos CAPS.

Além disto, os dados apontam que o CAPS III JF acolhe casos com diagnósticos de Transtorno mental por uso de substâncias e pessoas com Retardo mental, que, mesmo em menor número, estão presentes entre os acolhidos. Este fato afirma a missão de promover acolhimento para a população do seu território com sofrimento psíquico, sem seletividade quanto ao diagnóstico e evitando barreiras de acesso ao tratamento em saúde mental em função do tipo de transtorno mental.

Ponto para possível aprofundamento e revisão da metodologia utilizada, a distribuição dos diagnósticos obtidos apresentou baixa presença de Transtornos afetivos em relação aos Transtornos psicóticos que se mostraram preponderantes dentre o grupo que utilizou o pernoite no CAPS III JF. A coleta dos diagnósticos foi extraída da ficha da recepção dos usuários, logo, de um momento inicial e primeiro contato entre usuário e equipe técnica.

6.2 REFERÊNCIA E UTILIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO NOTURNO

Neste bloco será descrito o levantamento sobre a referência de tratamento dos usuários que utilizaram o Acolhimento Noturno, se matriculados ou não no CAPS III, e sobre a origem da demanda para o pernoite, se solicitada por algum outro serviço da rede, ou por solicitação do próprio usuário e familiares. Pretende-se analisar a procedência dos casos e de que modo os usuários são referenciados para o Acolhimento Noturno (Tabela 6).

Tabela 6 - Perfil de Utilização do Acolhimento Noturno

Total de matriculados no CAPS III	367
Total de matriculados no CAPS III que utilizou o Acolhimento Noturno	65
% de matriculados no CAPS III que utilizou o Acolhimento Noturno	18%
Total de NÃO matriculado no CAPS III que utilizou o acolhimento noturno	17
% de usuários NÃO matriculados utilizaram o acolhimento noturno em relação aos matriculados que utilizaram	21%

Do total de matriculados no CAPS III JF, 18% fizeram uso do Acolhimento Noturno ao menos uma vez durante o ano de 2014. Para a definição de matriculados, foram considerados os usuários matriculados, os que se encontravam em processo de avaliação e os em atendimento de primeira vez no serviço, mesmo que ainda na porta de entrada do CAPS III, mas que tenha sido constatada indicação clínica para permanência em Acolhimento Noturno. Houve duas ocorrências desta última situação, onde o primeiro contato com o CAPS III resultou diretamente em pernoite.

A prevalência de utilização foi descrita com dados da rede de Campinas/SP, nos seis CAPS III da cidade, tomando como referência o ano de 2006 (FIGUEIREDO, SANTOS & WELLER, 2013, p.172). Segundo este trabalho, a prevalência de utilização dos matriculados oscilou entre 2% e 17% do total dos usuários matriculados nos CAPS III. A comparação entre o CAPS III JF e a rede de CAPS III de Campinas deve ser tomada com ressalvas, considerando que a rede de CAPS Município é toda composta por CAPS tipo III, além de outras características de organização, como o número de SRTs na cidade ou critérios de utilização de leitos de saúde mental em Hospital Geral, por exemplo. Apesar disto, comparativamente, pode-se constatar que o padrão de utilização do leito como recurso terapêutico pelos usuários do CAPS III JF situa-se em um nível aparentemente elevado quando comparado à prevalência

relatada da cidade de Campinas. Por outro lado, constatou-se que apenas 17 dos usuários do acolhimento noturno (21% do total do acolhimento) não eram matriculados no CAPS III JF e que chegaram ao Acolhimento Noturno por intermédio de outros serviços de saúde do território.

Conforme a Tabela 7, os usuários que estiveram em Acolhimento Noturno por demanda externa ao serviço foram encaminhados por diferentes dispositivos da rede: Emergência Psiquiátrica do PAM Rodolpho Rocco; UPA; CAPS Ad III Miriam Makeba; CAPS II Fernando Diniz; Estratégia de Saúde da Família e, equipe das moradias internas do Instituto Municipal Nise da Silveira. Cabe alertar que a frequência de 277 eventos de acolhimento, informados na Tabela 7, mostra que parcela dos 82 usuários acessou o CAPS III mais de uma vez em 2014, como comentado adiante.

As características da demanda ao Acolhimento Noturno indicam que o recurso é utilizado predominantemente (58%) por decisão endógena ao CAPS III. Chama atenção também que a demanda espontânea de usuário e família alcance a 31,5% dos Acolhimentos Noturnos.

Por estes dados, pode-se afirmar que o Acolhimento Noturno no CAPS III JF tem como característica singular apoiar os usuários adscritos ao próprio serviço. No entanto, observa-se que há permeabilidade para receber usuários da rede de saúde e oferecer acolhimento também para estes casos. O Acolhimento Noturno privilegia os matriculados, mas está aberto às necessidades da rede, tanto para apoio nos casos de referência de outros serviços, como os outros CAPS, oferecendo-se como retaguarda de cuidado e podendo até evitar internações em hospital psiquiátrico.

Tabela 7 - Instância Demandante do Acolhimento Noturno (N=277*)

Demandante	Frequência	%
Equipe do Próprio CAPS III	141	58,0
Demanda Espontânea (Usuário)	52	21,5
Família do Usuário	24	10,0
Emergência Psiquiátrica	12	5,0
UPA	4	2,0
Equipe SRT	3	0,5
Equipe Nise da Silveira	2	0,5
ESF	2	0,5
Total	277	100

*Foram excluídos os demandantes sem informação

Entre os casos referenciados ao Acolhimento Noturno por outros serviços, sem contato prévio, há situações onde o CAPS III acolhe usuários que apesar de serem do seu território de referência, logo, de sua responsabilidade pela regionalização, acessaram a rede de saúde através de outros serviços, como a UPA ou a Emergência Psiquiátrica. Nestes casos, o CAPS III recebe em Acolhimento Noturno pessoas que posteriormente serão matriculadas, com a continuidade do tratamento no serviço.

Usuários do CAPS III também puderam ser atendidos em outras unidades de saúde, mesmo já sendo referenciados, por necessidade de avaliação clínica; por intervenção do SAMU; levados por familiares ou vizinhos; ou por hábito de recorrer a outras unidades, principalmente a Emergência Psiquiátrica. Esta situação aparece em relatos sobre o motivo do Acolhimento Noturno de usuários cadastrados, que após contato com o CAPS III, pela equipe da Emergência, são transferidos por ambulância ou levados por familiares e técnicos para permanecerem em Acolhimento Noturno. Os encaminhados pela Emergência Psiquiátrica do PAM Rodolpho Rocco representaram 4,3% das referências para Acolhimento Noturno.

Relatos destas situações foram registrados algumas vezes nos livros de comunicação da equipe e podem auxiliar na compreensão da dinâmica de referência e uso do Acolhimento Noturno, por seu fluxo com os serviços do território. Houve, entre outros, relato sobre o Acolhimento Noturno de um usuário matriculado no CAPS III JF, onde a família chamou o SAMU por seu quadro de agitação. O SAMU não encaminha usuários diretamente para o CAPS III, a referência para as chamadas realizadas pela população é direcionada à Emergência Psiquiátrica. Desta forma, o SAMU levou o paciente à Emergência Psiquiátrica no PAM, onde foi medicado e identificado como usuário do CAPS III, posteriormente encaminhou-se sua transferência. O usuário permaneceu por dez dias em Acolhimento Noturno.

Exemplo de outro Acolhimento Noturno realizado a partir do atendimento inicial em outra unidade, também foi relatado o atendimento de uma usuária matriculada no CAPS III atendida pela UPA. Procurou a UPA vizinha ao CAPS III após ter se infringido cortes com lâmina de barbear. A usuária foi encaminhada ao CAPS depois de avaliação pela clínica médica e realização de suturas no braço. Permaneceu no CAPS III em consenso com família para que fosse atendida no dia seguinte pelo técnico de referência. Esta usuária utilizou o Acolhimento Noturno em quatro ocasiões em 2014, totalizando onze dias de permanência ao longo do ano.

Como importante dispositivo de saúde da área, a ESF também esteve presente com encaminhamentos/referências, mas o baixo número de casos onde realizaram esta indicação (1%) deve ser objeto de maior investigação. No plano teórico, o apoio matricial realizado pelo

CAPS III junto à ESF permitiria o compartilhamento de casos de modo permanente no cotidiano do trabalho, com busca ativa pela clientela com transtorno mental grave e sem tratamento na comunidade. Cabe perguntar se esta articulação é pouco efetiva no território do CAPS III. O quantitativo residual resultante do levantamento realizado por esta dissertação apenas reflete situações bastante agudas, pela atuação da equipe do CAPS III de modo integrado ao território cabe, por outro lado, questionar se os casos foram tomados como casos do CAPS III e de sua responsabilidade nos registros de Acolhimento Noturno.

A possibilidade de realizar o Acolhimento Noturno de pacientes de longa permanência por demanda da equipe das moradias internas do Instituto Municipal Nise da Silveira também evidenciou a permeabilidade do CAPS III na rede de saúde, ainda que com frequência residual. Em uma das situações, identificou-se um usuário em quadro de intensa agitação, com diagnóstico de Retardo mental grave que permaneceu cinco dias em Acolhimento Noturno. Foi relatado que em outros momentos de agitação, o usuário era transferido da moradia interna para a enfermaria de crise do Instituto, ficando em local ainda mais restrito do que a moradia. A equipe do CAPS III e a equipe das moradias do Instituto acompanham conjuntamente o caso, por seu projeto de desinstitucionalização frequenta o CAPS III semanalmente.

Os Acolhimentos Noturnos por indicação da própria equipe foram mais demandados pelo psiquiatra ou técnico de referência do caso, mas também por outros membros da equipe. A decisão pela permanência pode ter sido feita após atendimento ao usuário no CAPS III ou após visita domiciliar. A permanência em geral é proposta pelo profissional ao usuário, dentro do contexto do acompanhamento realizado, após atendimento, seja individual ou em família. A utilização do Acolhimento Noturno integra os recursos terapêuticos existentes no CAPS III e sua indicação poderá se dar conforme a história de tratamento do usuário.

Houve situações onde após visita domiciliar realizada por técnicos do serviço o usuário foi trazido para o Acolhimento Noturno. Em uma das situações onde a visita domiciliar foi utilizada como via de entrada para o Acolhimento Noturno, relataram o atendimento a um usuário do CAPS III que vivendo sozinho, estava sem comparecer ao serviço. Chegando a casa, encontraram o usuário emagrecido, em precárias condições de higiene, com humor deprimido. Este usuário esteve em Acolhimento Noturno dez vezes no ano, em 119 noites de permanência.

Em outra situação, foi relatado o pedido de ajuda de um familiar ao CAPS III. A paciente não respondia à sua abordagem e não vinha aceitando as medicações. Realizada visita domiciliar, encontraram-na delirante e desorganizada, tendo sido trazida para o CAPS III.

Nas situações em que o Acolhimento Noturno ocorre por solicitação de familiares, os registros apontam para situações de sobrecarga do familiar, muitas vezes por cansaço ou impotência diante do momento vivido, sendo necessário que a equipe intervenha com a intensificação dos cuidados, como por exemplo, no caso de uma usuária, que por seu comportamento por vezes agressivo dirigido à mãe, sua única referência familiar, permaneceu em Acolhimento Noturno. Os relatos faziam referência ao sofrimento da mãe e à sobrecarga dirigida à mesma em função das exigências para o cuidado da filha. Apesar de projeto terapêutico intensivo, com frequência diária ao CAPS III, a usuária esteve em Acolhimento Noturno por dez períodos no ano, totalizando vinte dias. Nenhuma de suas permanências excedeu quatro noites.

Além desta situação, há a ocorrência de conflitos entre usuários e familiares, muitas vezes envolvendo brigas físicas, com impedimento por parte da família para a entrada do usuário na casa. Nestes casos, o usuário permanece em Acolhimento Noturno até que alguma mediação seja realizada.

Os usuários também solicitaram a permanência para o Acolhimento Noturno, neste sentido, o endereçamento à equipe do CAPS III apareceu de diversas formas. Alguns dos motivos registrados pela equipe para estas solicitações podem ser resumidamente apresentados como: intensificação de vivências alucinatórias, pensamentos de cunho persecutório, presença de impulsos de agressividade, medo, vontade de morrer, pedido de ajuda para interromper compulsivo de uso de drogas, sofrimento por estar em situação de rua ou por conflitos e brigas com familiares, entre outros.

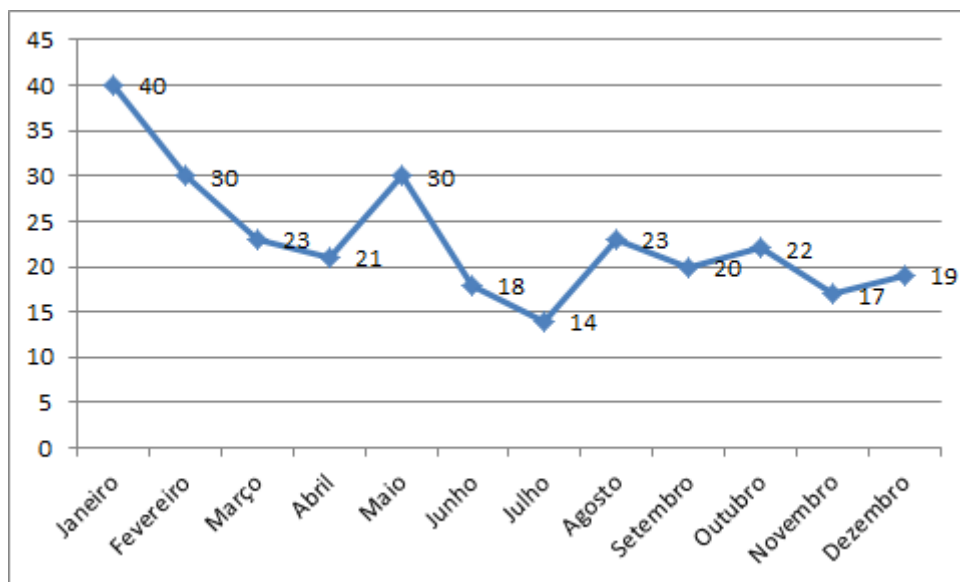
Os Acolhimentos Noturnos realizados por solicitação da equipe dos SRTs também caracterizam o grupo de solicitações para pernoite. O motivo das três solicitações realizadas pela equipe de seguimento das casas foi registrado pela equipe do CAPS III com menção a agudização de sintomas delirantes. Um dos casos apresentava intensas alucinações visuais e auditivas, com forte angústia do usuário e pedido também por parte do mesmo para estar no CAPS III, justificando que lá se sentia melhor. As outras duas situações faziam referência à agitação, agressividade e agressões entre os moradores da casa. Nestes três Acolhimentos Noturnos, o desfecho foi o retorno ao SRT, após uma ou duas noites no CAPS III. Importante frisar que moradores dos SRTs também estiveram em Acolhimento Noturno por indicação da própria equipe do CAPS III ou por solicitação do próprio usuário, tendo em vista que todos os moradores dos SRTs são matriculados no CAPS III, possuem técnicos de referência e projetos terapêuticos individuais, a indicação da equipe das casas se configura como mais uma das maneiras de acessar o Acolhimento Noturno.

6.3 PADRÃO DE UTILIZAÇÃO NO ACOLHIMENTO NOTURNO

Neste bloco será realizada a descrição sobre a utilização e permanência no Acolhimento Noturno, com apresentação do número de usuários acolhidos por mês, taxa média de ocupação e o tempo médio de permanência. Além destes, será apresentada a frequência com que os usuários utilizaram o Acolhimento Noturno.

O número de usuários que utilizou o Acolhimento Noturno de janeiro a dezembro de 2014 (Gráfico 5) apresentou expressiva variabilidade. O mês de janeiro teve a maior frequência de usuários. Naquele mês estiveram em pernoite 40 usuários. No período de fevereiro a maio foram acolhidos 30 usuários em cada mês. Os meses que receberam o menor número de usuários foram os de julho, com 14 usuários, e novembro com 17. Como mencionado, o total de usuários que esteve em Acolhimento Noturno no ano foi de 82 e a média em 2014 foi de 23 usuários.

Gráfico 5- Número de Usuários que Utilizou o Acolhimento Noturno



A taxa média de ocupação do Acolhimento Noturno no CAPS III JF foi calculada, tomando como base a existência de seis camas no serviço. Este cálculo possibilita descrever a

disponibilidade do recurso do Acolhimento Noturno no território. Observou-se uma taxa de ocupação variável, entre 80,0% em junho e 36,6% em outubro, sem que haja hipótese plausível para diferença entre os meses (Tabela 8). A taxa média de ocupação anual foi de 57,7%.

Tabela 8 – Taxa de Ocupação do Acolhimento Noturno (6 camas / dia)

Mês	Número de usuários dia	Porcentagem de ocupação
Janeiro	143	76,9%
Fevereiro	109	64,9%
Março	111	59,7%
Abril	102	56,7%
Maiο	107	57,5%
Junho	144	80,0%
Julho	91	48,9%
Agosto	115	61,8%
Setembro	82	45,6%
Outubro	68	36,6%
Novembro	81	45,0%
Dezembro	110	59,1%
Total e Média em 2014	1263	57,7%

O tempo médio de permanência em dias nos meses de 2014 está detalhado na Tabela 9. No mês de outubro, o tempo médio de permanência foi de 3,1 dias. Em junho, o tempo médio permanência foi de 8 dias, ratificando a elevada taxa de ocupação observada neste mês, como comentado anteriormente.

Tabela 9 – Tempo médio de permanência em Acolhimento Noturno

Mês	Média de Permanência
Janeiro	3,6
Fevereiro	3,6
Março	4,8
Abril	4,9
Mai	3,6
Junho	8,0
Julho	6,5
Agosto	5,0
Setembro	4,1
Outubro	3,1
Novembro	4,8
Dezembro	5,8
Média ponderada de permanência em 2014	3,5

Chama atenção na Tabela 9 que a média ponderada da duração do Acolhimento Noturno foi de 3,5 dias de permanência no ano. Este dado indica que o CAPS III realiza o Acolhimento Noturno em número de dias dentro da indicação estabelecido Portaria n° 336/2002, que define que “a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias”. Para os parâmetros estabelecidos pela Portaria n° 854/2012, o tempo máximo de permanência é de 14 (quatorze) dias, considerando o atual modelo de faturamento, a RAAS.

Cabe igualmente assinalar, nesse sentido, que em 59% Acolhimentos Noturnos o tempo de permanência foi abaixo de 8 dias. O curto tempo médio de permanência revela a função de passagem e apoio do Acolhimento Noturno para os usuários. Ao mesmo tempo, parece apontar para os efeitos do modo contínuo do tratamento, onde o pernoite se integraria ao conjunto maior de atividades e ações realizadas pelo CAPS III no cotidiano do trabalho.

As situações de permanência curta podem também ser justificáveis pela necessidade de suporte a situações de agravos da saúde física ou para realização de ação de cuidado clíni-

co em outras unidades, com acompanhamento pela equipe do CAPS III aos usuários. Os relatos sobre essas situações fazem referência ao Acolhimento Noturno como dispositivo de cuidado para apoiar a realização de exames, consultas, tratamento com antibiótico ou subsequentemente ao atendimento clínico para usuários em situação de rua.

Percebe-se, ainda assim, que muitas das situações relatadas, em geral, são de complexidades variadas. Por exemplo, a equipe do CAPS III decidiu pela permanência de um dos usuários que apresentava machucado na perna e edema nas mãos, além de referir dores difusas no corpo. Constatou-se que havia feito uso abusivo de drogas e sofrido agressões na rua. A equipe o acompanhou à UPA, mas depois de avaliado permaneceu para dormir no serviço. Em outra situação, em decisão negociada com a família, a ESF e o CAPS III, uma usuária com retardo mental, que não falava, e que apresentava inapetência, alteração do sono e piora do quadro global, pernoitou para coleta de exames clínicos pela ESF conjuntamente com a equipe de enfermagem do CAPS III. As situações de conflitos com as famílias ou vizinhos também são muito mencionadas entre os motivos de permanência em Acolhimento Noturno.

As permanências breves e em momentos pontuais se mostraram, portanto, como o padrão mais observado para os Acolhimentos Noturno em 2014. Os pernoites utilizados pontualmente parecem apresentar efeitos suficientes para a realização das intervenções terapêuticas desejadas, ou possíveis, para os casos.

Entretanto, no ponto oposto a esta perspectiva, a Tabela 10 revela a situação singular dos poucos usuários que permaneceram por períodos longos de Acolhimento Noturno. O primeiro caso que mais dias esteve em Acolhimento Noturno, totalizou 344 dias de permanência, em cinco períodos. O usuário esteve a maior parte do tempo aguardando vaga para uma das SRTs referidas ao CAPS III. Após tentativa sem sucesso de alta de uma longa internação do Hospital Psiquiátrico para morar sozinho, o usuário permaneceu quase um ano do CAPSIII.

Um segundo caso, que permaneceu 139 dias em Acolhimento Noturno, com 24 permanências, vivia na rua e tanto o usuário quanto a equipe indicavam a permanência em função de sua vulnerabilidade, uso excessivo de drogas ou agudização dos sintomas psicóticos, nas diversas ocasiões que esteve no Acolhimento Noturno.

Tabela 10 - Duração do Acolhimento Noturno em dias

Duração do Acolhimento em dias	Quantidade de Acolhimentos
1 a 4	205
5 a 8	41
9 a 12	10
13 a 16	5
17 a 20	7
21 a 24	4
Entre 25 e 344	5

Estes dois usuários tinham, respectivamente, diagnósticos de Esquizofrenia e históricos de inúmeras internações psiquiátricas. Apesar de os usuários terem famílias, elas não se apresentavam como referência de cuidado. A gravidade dos casos se associa à situação de vulnerabilidade social e familiar para justificar os longos períodos e frequência do uso intensivo do Acolhimento Noturno no CAPS III. Estes usuários indicariam a necessidade de outras intervenções para seu projeto terapêutico, como os de moradia assistida, por exemplo.

Os desfechos do Acolhimento Noturno foram em sua maioria apenas a saída, com retorno à situação de comparecimento diário ao CAPS III, com redução da intensidade do cuidado. Dos 277 acolhimentos noturnos realizados, em 13 situações foram registradas encaminhamentos para outras instituições. Como mostra a Tabela 11, estes encaminhamentos foram realizados para os seguintes locais: três usuários foram encaminhados para UPA, três para o Abrigo Estella Maris, três para o CAPS Ad III Miriam Makeba, dois para a Emergência Psiquiátrica do PAM Rodolpho Rocco, um para o Hospital Municipal Nise da Silveira e um para o leito integral em saúde mental no Hospital Municipal Evandro Freire. Ou seja, dos 277 acolhimentos realizados em 2004 apenas 2 casos (0,7%) foram encaminhados para internação psiquiátrica.

Tabela 11 – Desfechos do Acolhimento Noturno

Condição do usuário	Frequência	%
Mantiveram o vínculo com o CAPS III	264	95
Encaminhados à UPA	3	1,2
Encaminhados a abrigo	3	1,2
Encaminhados ao CAPS ad III Miriam Makeba	3	1,2
Encaminhados à Emergência Psiquiátrica	2	0,7
Encaminhados à Internação Psiquiátrica	2	0,7
Total	277	100

Para a grande maioria da clientela que utilizou o Acolhimento Noturno o CAPS III foi contingente a complexidade da situação clínica vivenciada, considerando principalmente as crises. Dos desfechos, observamos saídas para acessar à Assistência Social, à UPA e ao CAPS Ad III, que ocorreram pela falta de lugar para morar, complicações clínicas ou tratamento exclusivo de uso abusivo ou prejudicial de drogas. Ainda que em pequeno número, houve encaminhamentos para a Emergência Psiquiátrica, leito de saúde mental em HG e dois casos para o Hospital Psiquiátrico.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A demarcação central desta dissertação está baseada na concepção de que o CAPS III e o Acolhimento Noturno são propostas organizacionais estratégicas para a RPB. Reconhece-se que a construção de uma rede substitutiva de dispositivos comunitários para a saúde mental no país tem ocorrido de maneira significativa desde os anos 1990: os recursos financeiros antes direcionados majoritariamente para os hospitais psiquiátricos foram revertidos para a implantação dos novos serviços. Pela revisão documental, da literatura e das estatísticas do MS, conclui-se que, apesar de previsto e instituído pela política como estratégicos, é baixa implantação de CAPS III no país.

Como demonstrado pelos dados do MS, em 2014, eram apenas 85 CAPS III no país, contabilizados conjuntamente com os CAPS Ad III totalizavam não mais que 150 serviços (BRASIL, 2014). Este dado comprova a ausência de provisão de assistência contínua e intensiva, necessária para a atenção à crise em saúde mental, especificamente pelo Acolhimento Noturno por meio da provisão de camas para pernoite. Esta restrição da RPB pode ser legitimamente reconhecida como um desafio real para a organização de uma rede de atenção integral em saúde mental sem a utilização da internação (VASCONCELOS, 2010; SOUZA, 2010).

No Rio de Janeiro, apesar de sua característica de grande metrópole, a experiência com a gestão do CAPS III é muito incipiente. Ainda assim, no estudo realizado por esta dissertação, a presença do CAPS III JF pode ser tomada como valiosa fonte de aprendizado para responder a demanda dos usuários com transtorno mental severo.

Na realização desta dissertação, a descrição específica da demanda e da utilização do Acolhimento Noturno foi obtida pela leitura e sistematização dos registros do serviço, ainda que a inserção da pesquisadora e a interação com a equipe do CAPS III tenham sido importantes.

Os resultados do estudo demonstram que o Acolhimento Noturno no CAPS III JF foi utilizado predominantemente por usuários matriculados, já referenciados ao serviço, por poucas noites, por motivos diversos. Não houve diferença significativa entre homens e mulheres entre os acolhidos e a maior parte desta clientela possuía diagnóstico que denotava gravidade, assim como já haviam passado por internações em hospitais psiquiátricos. A maioria dos usuários também mantinha laços familiares. Esta é uma evidência que merece desdobramentos de estudos porque demonstra, ratificando um achado de meados da década

passada em São Paulo, o surpreendente investimento e vínculo dos familiares.

Com efeito, a distribuição diagnóstica dos usuários que estiveram em Acolhimento Noturno mostra que 57% estão no grupo das psicoses, reafirmando o CAPS III como referência para a clientela com transtorno mental grave. Ao mesmo tempo, é possível observar que o acesso não é exclusivo para este perfil diagnóstico, uma vez que os diagnósticos de Transtorno mental por uso de substâncias e Retardo Mental são grupos diagnósticos acolhidos em pernoite no CAPS III.

Segundo os registros dos profissionais, sobre os motivos para a utilização do Acolhimento Noturno, as permanências ofereceram apoio para algumas situações de modo mais frequente e os aspectos citados, única ou concomitantemente, foram: intensificação de sintomas; vulnerabilidade social ou fragilidade do suporte familiar; problemas relacionados ao uso de álcool ou drogas; suporte clínico; processo de desinstitucionalização; questões relacionadas ao território e demandas de outros CAPS. Neste sentido, o funcionamento do Acolhimento Noturno no CAPS III vai ao encontro das orientações conceituais que tratam da crise ligada a dificuldades com os múltiplos aspectos da vida (DELL'ACQUA e MEZZINA, 1998; COSTA, 2007), ou como uma ruptura com o laço social (SOUZA, 2008).

A existência de articulação, ainda que com possibilidade de ampliação, e a proximidade com a rede de serviços do território são características importantes que merecem aperfeiçoamento de acordo com as evidências deste estudo. A organização do serviço com funcionamento 24 horas e os arranjos institucionais – apoio matricial junto à ESF, contato com a Emergência Psiquiátrica, proximidade com demais CAPS do território, escuta e acolhimento para usuários e familiares, assim como a porta aberta para o Acolhimento Noturno – são o caminho estratégico para o atendimento de demandas de alta complexidade e a responsabilização pelo cuidado.

Uma contribuição desta dissertação que é absolutamente ausente na literatura diz respeito aos padrões de eficiência na ocupação dos leitos dos CAPS III. Identificou um padrão de utilização relativamente baixo. Esta constatação merece que novas pesquisas comparativas aprofundem a compreensão sobre o padrão esperado de eficiência dos CAPS III diante dos vários e contraditórios compromissos que assume o serviço no território, sugerido que os indicadores de medição de desempenho, ainda que necessários, devam ser relativizados nas avaliações dos novos serviços (COSTA et al., 2015).

Sobre as limitações do estudo, pela própria formatação do mesmo, e também pela perda de informações de algumas variáveis por falta de registro, coloca-se que seus resultados devam ser tomados com cautela. Deve-se considerar que a presente proposta de levantamento

e acompanhamento, apesar de contribuir para caracterizar o serviço, tomou como objeto apenas um serviço CAPS III na cidade, ainda sem a possibilidade de realizar comparações, buscando semelhanças e diferenças entre os serviços existentes. O período de um ano de acompanhamento também representa uma limitação, na medida em que, pelo caráter recente do CAPS III na rede do Rio de Janeiro, uma janela maior como período de análise poderá trazer novos achados e evidenciar seu potencial de crescimento como serviço.

Uma lacuna de levantamento foi o quantitativo de usuários do território do CAPS III JF que foram internados nos hospitais psiquiátricos da cidade, e mesmo os que matriculados no serviço passaram por esta modalidade de assistência. Este estudo representa apenas uma das modalidades para análise de utilização do Acolhimento Noturno e do CAPS III, apontando para a necessidade de ampliação no campo.

Esta dissertação oferece uma contribuição para a organização da rede de saúde mental na cidade do Rio de Janeiro. É possível avançar na provisão de uma rede composta exclusivamente por serviços da modalidade CAPS III? A possibilidade de conversão de CAPS II existentes na cidade em CAPS III como forma de qualificar a assistência na saúde mental pode ser uma decisão vantajosa para a gestão pública do município?

Não há dúvida que existem no país experiências bem sucedidas de redes constituídas exclusivamente por CAPS III responsáveis pela assistência à clientela, planejadas conforme realidades específicas, onde de maneira articulada, instituíram parcerias fortes entre SAMU, serviços de atenção a urgências e atenção primária que poderiam ser replicadas. Essas experiências já consolidadas mostram que o CAPS III é capaz de prover cuidado de maneira a prescindir na maioria dos casos da internação e de modo bem distinto ao funcionamento das internações em Hospital Psiquiátrico.

Pode-se assim, chamar atenção, para o curto tempo médio de permanência no Acolhimento Noturno do CAPS III JF, que ratificaria o perfil de cuidado contínuo e de proximidade entre o CAPS III e o usuário. Este achado relevante do estudo demonstra as intervenções ativas de apoio, suporte e referência do CAPS III para o usuário em um território metropolitano com alta prevalência de famílias pobres ou extremamente pobres.

Mesmo apontando a necessidade de que novos desdobramentos e pesquisas sejam realizados, através de análises com outras perspectivas e abordagens, apesar de seu caráter exploratório, este estudo ratifica a pertinência de considerar os CAPS III como o recurso estratégico para a saúde mental e uma opção robusta para a organização da rede de saúde mental dos governos municipais.

REFERÊNCIAS

ABUHAB, D. et al. O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 26, dez, 2005.

ABRASCO. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. v.16 , n.2, 2011.

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1995.

_____. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2007.

AMARANTE, P. & TORRE, E. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 25, n. 58, p. 26-34. 2001.

ANDREOLI, S. B. et al. Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 836-844, mai-jun, 2004.

ALMEIDA, P. F. *Avaliação de Serviços em Saúde Mental: o desafio da produção de indicadores para a Atenção Psicossocial*. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2002.

ALVES, D.S. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Org.). Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO. 2001.

AVELINO, A. C. et al. O cuidado ao idoso portador de transtorno mental sob a ótica da família. *Rev. Enf. Ref.*, Coimbra, v. ser III, n. 9, p. 75-83, mar. 2013.

BARROS, F. O. A hospitalidade e a rede de saúde mental. *Cad. Saúde Mental*, v. 3, n. 1, p. 57-66, 2010.

BASAGLIA, F. A doença e seu duplo. In: AMARANTE, P. (Org.). *Escritos selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, p. 161-186, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. 2004a.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.899, de 11 de setembro de 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados 10. Ano 7, n.10, março de 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados 11. Ano 10, n.12, setembro de 2015.

BEZERRA, B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 243-250. 2007.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). Ficha do estabelecimento de saúde. 2015. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/>. Acesso em 15 de Outubro de 2015.

CAMPOS, R. O. *et al.* Pesquisa Avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: HUCITEC, 2013.

_____. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, supl. 1, p. 16-22, Aug. 2009.

CAMPOS, R. T. & BACCARI, I. P. Intersubjetividade no cuidado à Saúde Mental: narrativas de técnicos e auxiliares de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 16, n. 4, p. 2051-2058, 2011.

CASTRO, J.D. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. *Sociologias*. n.7, p.122-135. 2002.

CAVALCANTI, M. T. *et al.* Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial, Rio de Janeiro, RJ. *Rev. Saúde Pública*, v. 43, Supl. 1, p. 23-8, 2009.

COORDENAÇÃO ÁREA PROGRAMÁTICA 3.1 (CAP 3.1). Disponível em: <http://cap31.blogspot.com.br/>. Acesso em: Novembro de 2015.

CORREA, S. G. *Avaliação de novos serviços de saúde mental: o caso dos Centros de Atenção Psicossocial do Estado do Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

COSTA, I. I. & MINOZZO, F. Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. *Psico-USF*, Itatiba, v. 18, n. 1, p. 151-160, abril, 2013a.

COSTA, I.I. & MINOZZO, F. Apoio matricial em saúde mental: fortalecendo a saúde da família na clínica da crise. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 438-450, set., 2013b.

COSTA, M. S. Construções em torno da crise: saberes e práticas na atenção em Saúde Mental e produção de subjetividades. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 59, n. 1, pág. 94-108, 2007.

COSTA, N. R. *et al.* Reforma Psiquiátrica, Federalismo e Descentralização da Saúde Pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 12, p. 4603-4614, 2011.

COSTA, N.R; CORREA, S. G. & SILVA, P. R. Considerações sobre a acessibilidade nos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil. *Ciência & saúde coletiva*. v. 20, n.10, p. 3139-3150, 2015.

DELGADO, P. G. No litoral do vasto mundo: lei 10216 e a amplitude da Reforma Psiquiátrica. In: VENÂNCIO, A. T. A & CAVALCANTI, M. T. (Org.) *Saúde Mental: Campos, Saberes e Discursos*. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, p. 283-290. 2001.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise. In: DELGADO, J. *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Editora Resenha. p. 53-79. 1991.

DIAS, M. K.; WEBER, R. G. & DELGADO, P. G. Leitos de atenção integral à saúde mental em hospital geral: configuração atual e novos desafios na política de saúde mental. In: VASCONCELOS, E. M. (Org). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: HUCITEC. 2010.

ELIA, D. D. S. *O CAPS fora de si: um estudo sobre a atenção à crise no município do Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

FAGUNDES, H. & LIBÉRIO, M. Apresentação. In: LIBÉRIO, M. & ALBUQUERQUE, P. (Org.) *12 anos de CAPS na Cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Revista da Escola de Saúde Mental, p.11-14. 2008.

FERIGATO, S.; CAMPOS, O. R. & BALLARIN, M. L. O atendimento à crise em saúde Mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 6, n. 1, p. 31-44. 2007.

FIGUEIREDO, J. A. *Práticas e processos de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial III: a perspectiva do campo psicossocial*. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2007.

FIGUEIREDO, M. D.; SANTOS, D. V. & WELLER, S. Uma análise complementar do perfil dos CAPS III do município de Campinas. In: Campos, R. T. O. (Org). *Pesquisa Avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narrativa*. São Paulo: HUCITEC, p.163-188. 2013.

FIOCRUZ / FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN. Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil. Seminário Internacional de Saúde Mental: Documento Técnico Final. Fiocruz. Fundação Calouste Gulbenkian. Organização Mundial de Saúde. Ministério da Saúde – 2015.

GARCIA, M. L. & JORGE, M. S. Vivência de trabalhadores de um centro de atenção psicossocial: estudo à luz do pensamento de Martin Heidegger e Hans-Georg Gadamer. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro: v. 11, n. 3, p. 765-774, Sept. 2006.

GOLDBERG, J. *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora. 1996.

GONZAGA, N. & NAKAMURA, E. Os significados dos encaminhamentos feitos aos CAPS III de Santos: a visão dos profissionais. *Saúde soc.* v. 24, n.1, Jan - Mar. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2010: População por município. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/> Acesso em 15 de Outubro de 2015.

JARDIM, K. F. *Habitando o paradoxo: atenção à pessoa em crise no campo da saúde mental*. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

JORGE, M. S. et al . Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, Jul. 2011.

KIRSCHBAUM, D. I. Concepções produzidas pelos agentes de enfermagem sobre o trabalho em saúde mental com sujeitos psicóticos em um centro de atenção psicossocial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto: v. 17, n. 3, p. 368-373, Jun. 2009.

LEÃO, A. & BARROS, S. Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde soc.*, v. 21, n.1, Set. 2012.

LIMA, M. *et al.* Signos, significados e práticas de manejo da crise em Centros de Atenção Psicossocial. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.16, n.41, p.423-34, Abr - Jun, 2012.

LUZIO, C. A. & L'ABBATE, S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 281-298, Dec. 2006.

MINAYO, M. C. O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde. 13 ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MIRANDA, L. & CAMPOS, R. T. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1153-1162, Jun, 2010.

MONDONI, D. & COSTA ROSA, A. Reforma psiquiátrica e transição paradigmática no interior do estado de São Paulo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília. Jan/Mar, v. 26 n. 1, p. 39-47, 2010.

MORORÓ, M. E.; COLVERO, L. A. & MACHADO, A. L. Os desafios da integralidade em um Centro de Atenção Psicossocial e a produção de projetos terapêuticos. *Rev. pesc. enferm. USP*. São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1171-1176, Oct. 2011.

NICÁCIO, F. & CAMPOS, G. W. A complexidade da atenção às situações de crise - contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 15, n 2, p.71-8 ,Maio-Ago, 2004.

OKAZAKI, C. *et al.* Acolhimento noturno: expectativas dos profissionais de saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 21, n. 2, p. 166-173, Maio-Ago, 2010.

OLIVEIRA, L. P. *O apoio matricial em saúde mental e a qualificação das equipes de saúde da família*. Dissertação (Mestrado). Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2015.

PEREIRA, M. G. *Epidemiologia – teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogna, 2001.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. & MAURI, D. *Desinstitucionalização*. São Paulo: HUCITEC; 2001.

SILVA, M. J ; COHEN, A. & PATEL, V. Evaluation of interventions in the real world. *Global Mental Health Trial*. Oxford, p. 282-302, Jun, 2014.

SCHÜLHI, P. A.; WADMAN, M. A. & SALES, C. A. O cotidiano familiar da pessoa com esquizofrenia: cuidando no domicílio. *Rev. Eletr. Enf.*[Internet].v. 14, n.1, p.16-24, Jan-Mar, 2012 . <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a02.htm>

SOUZA, P. J. Resposta à Crise: a Experiência de Belo Horizonte. In: *Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: Cotidiano de Uma Utopia*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008.

SOUZA, P. J. Crise, Rede e Hospitalidade: uma abordagem para a reforma psiquiátrica. In: CARVALHO, J. & SILVA, P. R. (Org.). *Política e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 161-200, 2014.

SOUZA, F. M. *et al.* A violência urbana e suas consequências em um centro de atenção psicossocial na zona norte do município do Rio de Janeiro. *Saúde Social*. São Paulo, v. 20, n. 2, Apr-Jun, 2011.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. In: *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9(1): p. 25-59, Jan-Abr, 2002.

TRAVASSOS, C.& MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004.

VASCONCELOS, R. M. Ao estrangeiro da razão: hospitalidade incondicional. In: Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: *Cotidiano de Uma Utopia*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008.

VASCONCELOS, E. M. (Org.) *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: HUCITEC. 2010.

VASCONCELOS, M. F.; MACHADO, D. O. & MENDONCA FILHO, M. Acompanhamento terapêutico e reforma psiquiátrica: questões, tensões e experimentações de uma clínica antimanicomial. *Psicol. Soc*, Belo Horizonte, v. 25, n. spe2, p. 95-107, 2013.

VIVA RIO. Área Programática 3.1. 2015. Disponível em: <http://vivario.org.br/saude/unidades-de-saude-da-familia/area-programatica-3-1/>. Acesso em: novembro de 2015.

WILLRICH, J. Q. *et al.* Os sentidos construídos na atenção à crise no território: o Centro de Atenção Psicossocial como protagonista. *Rev. esc. enferm. USP* vol.47 n.3, Jun, 2013.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. Trad. GROSSI, D. 2ª.ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ANEXO A

Formulário de levantamento de informações dos usuários que realizaram Acolhimento Noturno no CAPS III João Ferreira no ano de 2014

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: () F () M

Usuário do CAPS III JF: () sim () não

Data do 1º atendimento no CAPS: ____/____/____

Origem (caso não seja usuário do CAPS): _____

Moradia: () família () sozinho () RT () abrigo () outros: _____

Bairro de moradia: _____ AP: _____

Diagnóstico: _____

Internação psiquiátrica anterior: () sim () não

Usuário de álcool ou outras drogas? () sim () não

Acolhimento noturno

Quem referenciou para o Acolhimento Noturno?

() Equipe do CAPS III JF () Família () Usuário () outro: _____

Data de entrada: ____/____/____ Data de saída: ____/____/____

Total de noites: _____

Desfecho: () saída do AN () PAM () Hospital Psiq. () abrigo () outro: _____

Motivo do Acolhimento:

Observação: _____

Data da coleta: __/__/__

